Klinische Mittheilungen

von der

medicinischen Abtheilung

des

Allgemeinen Krankenhauses in Hamburg

aus dem Jahre

1859



von

C. Tüngel, Dr.

Hamburg.

Otto Meissner.

1861.

Inhalt.

Allgemeine Uebersicht über das Jahr 1859.

Das Jahr 1859 war durch Wärme und Troekenheit aus-ezeichnet. Der Winter endigte schon etwas nach der Mitte des anuar und war nur gelinde gewesen; das Frühjahr ward durch eftige Stürme eingeleitet und war anfangs unfreundlich, so dass ie schon zu Ende des Winters begonnene Vegetation wieder ins tocken kam; doch zeigte sich in der zweiten Hälfte des Monat Iai warmes Wetter. Der Sommer brachte wenig Regen und ewitter, war trocken und schön. Der Herbst begann schön, doch ar das Ende desselben kalt. Der Winter begann früh und an-cheinend heftig, die Kälte liess aber zu Ende des Jahres auffallend ach. Die Witterung zeichnete sich, wie die des früheren Jahres, urch Trockenheit aus, was im Allgemeinen für Hamburg, wo ein ehr feuchtes und nebliges Klima herrscht, stets nachtheilig zu sein flegt. Doch zeigte sich keine epidemische Erkrankung, welche it diesem Umstande in Verbindung gebracht werden könnte, ielmehr waren die im Jahre 1859 herrschenden Epidemieen, wie o oft, auf keine bestimmten Quellen zurückzuführen.

Der Abdominaltyphus zeigte, wie im Jahre 1858, seine öchste Entwicklung von der zweiten Hälfte des Juli bis Ende eptember, erreichte aber hinsichtlich der Zahl der Erkrankungen cht die Höhe des verflossenen Jahres, während die Sterblichkeit ngefähr dasselbe Verhältniss zeigte. In den Monaten März und pril kamen zehn Fälle von exanthematischem Typhus nach em Krankenhause, von drei in der Nähe von einander wohnenden amilien; es waren ausserdem noch vier Fälle in der Stadt beobachtet, le in der unmittelbaren Nachbarschaft der übrigen. Die Wechsel-eber, welche im Jahre 1858 von April bis Juli geherrscht hatten, igten sich diesmal von Mai bis September; die Zahl derselben reichte fast das Doppelte des vorigen Jahres. Offenbar im

Zusammenhange mit denselben wurden mehrere Fälle von Melanämie beobachtet.

Der acute Gelenkrheumatismus, welcher im Jahre 1858 von März bis Mai sich stark gehäuft hatte, war in diesem Jahre in allen Monaten mehr gleichmässig verbreitet. Die Zahl der Erkrankungen übertraf die des vorigen Jahres, das Verhältniss der Sterblichkeit war ungünstiger. Von Pneumonie und Pleuritis wurden gegen das Jahr 1858 mehr Fälle behandelt, ohne dass sich hinsichtlich der Jahreszeit ein auffallender Unterschied gezeigt hätte. Die Catarrhe der Respirationsorgane zeigten ungefähr dieselben Verhältnisse, wie im Jahre vorher, waren indessen mehr gleichmässig auf die verschiedenen Monate vertheilt. Die Catarrhe der Verdauungsschleimhaut waren zahlreicher auch ohne die zur Cholera zu rechnenden Affectionen; gegen Ende des Jahres zeigten sich mehrfach acute Catarrhe des Dickdarms. Die Cholera herrschte von Mitte Juni bis Mitte September mit ziemlicher Heftigkeit. Die Blattern hatten gegen das verflossene Jahr eine sehr beträchtliche Steigerung erfahren; sie herrschten auch in diesem Jahre in den letzten Monaten, namentlich im December am stärksten. — Die übrigen für den epidemischen Charakter wichtigen Krankheiten waren im Krankenhause in zu geringer Anzahl vertreten, um von hier aus einen Rückschluss auf die Verhältnisse in der Stadt zu erlauben; zu erwähnen ist nur, dass Scharlach, Masern und Keichhusten in Hamburg sehr verbreitet waren.

Ueberhaupt geben die im hiesigen Krankenhause vorkommenden Krankheiten kein vollständiges Bild von dem Krankheitscharakter Hamburg's; dieser liesse sich nur durch gleichzeitige Berücksichtigung der Beobachtungen der Armenärzte darstellen. Die ins Krankenhaus gelangenden Kranken gehören meist zu der arbeitenden Classe, doch werden bei Verheiratheten acute Krankheiten nur dann im Krankenhause behandelt, wenn die Form oder die längere Dauer derselben eine Behandlung im Hause unthunlich machen. Unverheirathete Dienstboten und Handwerkergesellen kommen dagegen auch mit acuten Krankheiten, mit Ausnahme von gleich anfänglich schweren Fällen jedoch meist erst nach Ablauf einer Woche. Acute Kinderkrankheiten kommen im Krankenhause seltener zur Behandlung von den chronischen meist Lähmungen, Epilepsie und chronische Hautausschläge.

Der Bestand der medicinischen Abtheilung war:

am 1. Ianuar 1859	216 m.,	145 w.
aufgenommen von Aussen	2136 „	1014 „
von anderen Abtheilungen	202 „	120 „
zusammen	2554 m.,	1279 w.
entlassen nach Aussen geheilt	1454 „	609 „
gebessert	189 „	127 „
ungeheilt	62 „	40 „
zu anderen Abtheilungen	263 „	149 „
es starben	329 „	189 „
Bestand am 1. Januar 1860	257 „	165 „

Die Siechenstation hatte am 1. Januar 1859 einen Bestand von 59 m., 95 w., es starben 13 m., 8 w., am 1. Januar 1860 war der Bestand 64 m., 92 w. Die Resultate der Sectionen dieser Station sind mit denen der medicinischen Abtheilung zusammen geworfen.

Abdominaltyphus.

Am Ende des Jahres 1858 blieben noch 6 m., 1 w. Kranke in Behandlung. Bei diesen allen war der Typhusprocess schon verlaufen und die Mehrzahl in der Reconvalescenz begriffen, welche sich bei 2 m. Kranken bis in den Monat März hinzog, während die Uebrigen schon im Januar hergestellt waren. Eine Ausnahme machte ein 19jähriger Schlosserlehrling, welcher, obwohl schon im September aufgenommen, doch erst im Juni und auch dann noch nicht wieder im vollen Besitze seiner Kräfte war. Die Krankheit war gleich anfangs sehr heftig aufgetreten, mit starken Delirien und blutigen Durchfällen; es hatte sich Brand vom Durchliegen ausgebildet und im weiteren Verlaufe waren Symptome von Lungenulceration hinzugetreten, nach deren Beseitigung an verschiedenen Körpertheilen Abscesse auftraten.

Die Zahl der im Jahre 1859 aufgenommenen Typhuskranken war um 42 (24 m., 18 w.) geringer, als die des Jahres vorher; vorzüglich war die Anzahl der weiblichen Kranken vermindert; diese zeigten auch ein weit günstigeres Verhältniss hinsichtlich der Sterblichkeit. Es starben von 93 m., 17 w. Kranken 18 m., 3 w.; am Ende des Jahres blieben noch 7 m., 2 w. in Behandlung.

Von den Aufgenommenen befanden sich in dem

Alter von	10 — 20 Jahren	36 m.,	9 w.,	von denen	7 m., 1 w.	starben
„	20 — 30 „	55 „	8 „	„ „	11 „ 2 „	„
„	30 — 40 „	2 „	— „	„ „	— „ — „	„

Von den 5 m. 2 w.	Aufgenommenen des Monats	Januar	starben	1 m. — w.
„ „ 2 „ — „	„ „ „	Februar	„	— „ — „
„ „ 4 „ — „	„ „ „	März	„	1 „ — „
„ „ 4 „ 2 „	„ „ „	April	„	1 „ — „
„ „ 2 „ — „	„ „ „	Mai	„	1 „ — „
„ „ 2 „ 1 „	„ „ „	Juni	„	1 „ 1 „
„ „ 9 „ — „	„ „ „	Juli	„	1 „ — „
„ „ 18 „ 2 „	„ „ „	August	„	6 „ 1 „
„ „ 26 „ 5 „	„ „ „	September	„	2 „ — „
„ „ 7 „ 1 „	„ „ „	October	„	1 „ — „
„ „ 11 „ 3 „	„ „ „	November	„	3 „ 1 „
„ „ 3 „ 1 „	„ „ „	December (in diesem Jahr)	„	— „ — „

Das günstigste Verhältniss für beide Geschlechter bot der Monat September und das Alter von 10—20 Jahren. Im Ganzen war das Sterblichkeitsverhältniss dem des Jahres 1858 gleich. Ebenso zeigte sich im Verlaufe der Krankheit keine wesentliche Abweichung. Einige unter der obigen Zahl nicht mit begriffene Fälle von ansteckendem, exanthematischen Typhus entsprangen aus beschränkten äusseren Verhältnissen und standen offenbar mit den übrigen Fällen in keinem Zusammenhang.

Der Tod erfolgte im ersten Zeitraum der Krankheit, auf der Höhe der Infiltration und während der Schorfbildung, bei 8 m., 2 w., im späteren Verlaufe bei 7 m., 1 w. Kranken, von welchen letzteren ein Kranker an Perforation, ein anderer an ausgedehnter Ulceration des Dickdarms starb. Bei zwei Kranken hatte Recrudescenz stattgefunden, so dass sich neben schlaffen, pigmentirten Geschwüren frische Ablagerungen fanden. Bei einem Kranken war es zu keiner charakteristischen Typhusablagerung gekommen.

Dieser Kranke, ein Maurergesell von 20 Jahren, ward am 14 Mai Abends in völlig bewusstlosem Zustande gebracht, ohne weitere Anamnese, nur mit der Angabe, dass er an einem nervös-gastrisch-catarrhalischen Fieber leide. Er reagirte weder auf lautes Anrufen, noch auf Druck an verschiedenen Körperstellen, hatte stiere, glanzlose Augen, träge Pupillen, trockne, rissige Zunge und Lippen, einen etwas aufgetriebenen Leib, einen mässig kräftigen und vollen Puls von 104 Schlägen; die Hauttemperatur etwas erhöht. Harn und mit Blut vermischter dünnflüssiger Koth war unwillkürlich gelassen. Die Respiration war ziemlich ruhig, das Herz vergrössert, an der Mitralklappe ein lautes systolisches Geräusch. Er erhielt ein Infusum fl. Arnicae mit Campher, eine Eisblase auf den Kopf und ein Vesicans auf die Brust. — Ohne wesentliche Veränderung der Symptome starb er am Morgen des 16. Mai. — Die Section ergab schon beginnende Fäulniss, dunkle Hautdecken, dunkelrothe Muskeln, dunkles, halbflüssiges Blut, starken Blutreichthum der Schädelhöhle mit geringer Ausschwitzung unter der wenig getrübten Arachnoidea, mehrere, peripherisch gelagerte hämorrhagische Infarcte in den sonst gesunden Lungen. Das rechte Atrium war bedeutend ausgedehnt, beide Ventrikel waren erweitert und hypertrophisch, die Musculatur des linken braunroth, etwas glänzend und trocken, an der Mitralklappe war eine, nicht bedeutende Verdickung bei normaler Beschaffenheit der übrigen Klappen. Die Leber war wenig blutreich, die Milz sehr gross, weich, schmutzig roth, doch nicht sehr dunkel, die Malpighischen Körper weisslich und geschwollen. Die Nieren gross, schlaff, blutreich; unter der Schleimhaut der Nierenbecken und zum Theil der Ureteren einzelne Sugillationen. Einzelne Mesenterialdrüsen waren vergrössert, dunkelroth, die Drüsen des Ileum aber nicht geschwollen, die Schleimhaut desselben in einer längeren Strecke sehr blutreich und mit blutigem Schleim bedeckt, dagegen war sie im unteren Theile, nahe der Coecalklappe nicht hyperämisch.

Obwohl der Sectionsbefund manchen Zweifel übrig lässt, s glaubte ich doch, diesen Fall als einen anomal verlaufenden Al dominaltyphus auffassen zu müssen. Die Deutung solcher Fäll muss freilich immer der individuellen Auffassung überlassen bleibe Dies ist in noch grösserem Masse der Fall, wenn der Anhaltspun fehlt, den der Sectionsbefund mindestens in negativer Hinsicht biete Die folgenden Fälle habe ich daher nicht zu den Fällen von Typhu gezählt, erwähne ihrer aber hier, weil ich ihnen keine besse Stelle anzuweisen vermag.

Ein Maurergesell von 24 Jahren, von blassem Ansehen ward nac mehrtägigem Unwohlsein am 11. December 1858 in's Krankenhaus aufg nommen. Er klagte über Mattigkeit und heftigen Schmerz im Kopfe un Nacken. Die Pupillen waren erweitert, träge, von gleicher Grösse, d Sensorium war frei, auch kein Stupor zugegen, der Appetit fehlte, d Stuhl war angehalten, die Zunge stark weiss belegt, die Hauttemperat nicht merklich erhöht, der Puls von 84 Schlägen, bisweilen auf 70 Schlä sinkend. Die Milz schien nicht vergrössert, der Leib war von natürlich Beschaffenheit; der Schlaf fehlte; Delirien oder sonstige Zeichen von Hir affection waren nicht vorhanden. Kein Eiweiss im Urin. Nachdem ei Auflösung von Nitrum mit tart. stibiat. in diesem Zustande keine Verä derung hervorgebracht hatte, erhielt der Kranke zwei Tage hindurch stün lich Calomel grj., dann vier Tage hindurch Jodkali, doch ohne Aenderu des Zustandes. Seine Hauptklage war der reissende Kopfschmerz, d ihn auch am Schlafe hinderte, dabei stets eine stark belegte Zunge u erweiterte, träge Pupillen, bei ruhigem Pulse. Er erhielt von neuem Cal mel und ein Vesicator in den Nacken. Jetzt vermehrte sich der Stu gang unter Nachlass des Kopfschmerzes, am 21. December trat stark Durchfall mit Abgängen hellrothen Blutes ein unter Erhöhung der Hautte peratur und Beschleunigung des Pulses; auf Darreichung einer Gumm lösung mit Opium verminderte sich der Durchfall am 23. und von jet trat eine gute Besserung ein, welche nur mitunter noch durch Wiederke des Kopfschmerzes gestört wurde; die Zunge ward rein, die Pupill normal und der Kranke konnte am 25. Januar geheilt entlassen werde

Ein 22jähriger Müllergesell von ziemlich kräftigem Aeussern war l seiner Aufnahme acht Tage fieberhaft krank. Er bot die Erscheinu eines intensiveren gastrischen Catarrhs mit Fieber und mit mässige Bronchialcatarrh dar; Stupor und Delirien waren nicht vorhanden, do fehlte der Schlaf. Der in den ersten Tagen vorhandene Durchfall v schwand bald, der Stuhlgang ward sogar träge, die Zunge war stets di weiss belegt mit geringer Röthe an der Spitze, der Leib war nicht auf trieben, die Milz nicht vergrössert. Die Haut stets warm und schwitzen Der Urin zeigte Vermehrung der Urate, Verminderung der Chloride, kein Eiweissgehalt. Diese Erscheinungen dauerten, mitunter bei Nachlass d Fiebers für einen halben oder ganzen Tag, fast vier Wochen hindurch fo worauf Reconvalescenz eintrat, welche dem Kranken schon nach etwa d weiteren Wochen erlaubte, das Krankenhaus zu verlassen.

Ganz ähnlich war der Verlauf bei einem 27jährigen Steuermann, welcher 6 Tage vor seiner Aufnahme mit Frost erkrankt war. Er hatte geringes Fieber, eine stark weiss belegte Zunge, trägen Stuhlgang, keine deutliche Milzvergrösserung, mässigen Bronchialcatarrh, schwitzende Haut, vermehrte Urate und verminderte Chloride im Harne. Mit unbedeutenden Veränderungen und mit stetem lebhaften Krankheitsgefühl dauerte der Zustand vier Wochen, worauf Reconvalescenz eintrat, welche durch spontan entstandenen Durchfall und später durch zwei Anfälle von Intermittens unterbrochen wurde.

Während die beiden letzten Fälle entschieden auf eine Localisirung des Krankheitsprocesses auf der Darmschleimhaut hinwiesen, bot der folgende Fall anfangs die Zeichen eines acuten Verlaufes einer älteren Tuberculose; diese Diagnose wurde aber durch den weiteren Verlauf umgestossen, ohne dass eine sichere an ihre Stelle trat.

Ein 25jähriger Schustergesell hatte schon ein Jahr lang an Husten mässigen Grades mit etwas Dyspnöe gelitten, war allmählig abgemagert, hatte öfter starke nächtliche Schweisse und vor acht Wochen Blutspeien gehabt. Drei Tage vor der Aufnahme war er bettlägerig geworden und hatte auch wieder etwas Blutauswurf gehabt. Er klagte über grosse Mattigkeit, Appetitmangel, trägen Stuhlgang, Kopfschmerz und Schwindel, hustete indessen fast gar nicht. Im Bereiche der rechten Lungenspitze war der Percussionston etwas gedämpft, das Athmungsgeräusch bronchial, sonst zeigten sich an beiden Lungen normale Verhältnisse. Die Zunge war belegt, vorn trocken, der Leib etwas aufgetrieben, die Milz etwas vergrössert; die Haut heiss und trocken, der Puls machte 100 Schläge. In den nächsten Tagen trat ohne Arzneiwirkung mässiger Durchfall ein. Das Fieber exacerbirte Abends deutlich, die Temperatur war am Tage 31° R., Abends 32°; Nachts war der Kranke unruhig ohne Delirien. Schon drei Tage nach der Aufnahme fühlte der Kranke sich besser, die Pulsfrequenz liess nach, die Hauttemperatur behielt aber noch dieselbe Höhe. Acht Tage nach der Aufnahme stellte sich unter Nachlass des Fiebers Appetit ein. Der Kranke hatte noch ein sehr angegriffenes Aussehen, schritt indessen ungestört in seiner Reconvalescenz fort und konnte 24 Tage nach seiner Aufnahme wieder entlassen werden. Beim Abgange gab die rechte Lungenspitze noch einen etwas gedämpften Percussionsschall, das Athmungsgeräusch war indessen vesiculär.

Bei einem 24jährigen Schlachtergesellen zeigte sich in den ersten Tagen des sonst in gewöhnlicher Weise verlaufenden Abdominaltyphus Anschwellung und Schmerzhaftigkeit mehrerer Gelenke, namentlich der Kniee; in der Reconvalescenz, vier Wochen nach Aufhören des Fiebers, bildete sich eine Anschwellung der Weichtheile und des Periost der linken Tibia oberhalb des Knöchels, welche durch ein Mercurialpflaster beseitigt wurde.

Eigenthümlich war der Verlauf des Abdominaltyphus in fo gendem Fall:

Ein 19jähriger Schlachtergesell wurde, nachdem er von einem fieber haften gastrischen Catarrhe genesen erst vor acht Tagen entlassen war, in Anfang August, auf der Höhe der Cholera-Epidemie von sehr heftigem wässerigem Durchfall befallen und liess sich am zweiten Tage nach Eintritt desselben von Neuem aufnehmen. Er hatte noch reichlichen, wässerigen, aber ganz fäculenten Durchfall, grosse Mattigkeit, Kopfschmerz und Schwindel; die Haut war heiss, der Puls beschleunigt, die Zunge belegt. In der Nacht delirirte der Kranke und versuchte das Bett zu verlassen; die Gesichtszüge des Kranken hatten einen stupiden Ausdruck, die Augen waren tiefliegend. Der Urin zeigte ein vermindertes specifisches Gewicht, saure Reaction, verminderte Chloride, kein kohlensaures Ammoniak, viel harnsaure Salze und eine ziemliche Menge Eiweiss. Auch fand sich der von Heller bei Albuminurie, vorzüglich auch nach Cholera beobachtete blaue Farbstoff. Die microscopische Untersuchung wies Exsudatcylinder mit verfetteten Epithelien nach. Die Unruhe des Kranken liess bald nach und machte mehr dem Stupor und Collapsus Platz, dabei entwickelte sich Bronchialcatarrh. Der Puls, etwa von 100 Schlägen, sank nach und nach, der Durchfall nahm wieder zu, die Ausleerungen wurden unwillkürlich und der Kranke starb am 19ten Tage nach der Aufnahme. Die Harnuntersuchung hatte immer ziemlich dasselbe Resultat ergeben, nur waren die Chloride allmählich fast ganz geschwunden. — Bei der Section fanden sich schlaffe Geschwüre im Ileum mit dunkel gerötheten Rändern, hypostatische Pneumonie, geschwollene Nieren mit weisslicher stark injicirter Corticalsubstanz, in welcher die Glomeruli als weissliche Puncte hervortraten; an einzelnen Stellen hanfkorngrosse, schmutzig-weisse, etwas zerfliessende keilförmige Ablagerungen.

Ein vollkommenes Recidiv wurde bei einem 28jährigen Hausknecht beobachtet:

Er war bei der Aufnahme erst zwei Tage bettlägerig, hatte sich indessen schon 14 Tage unwohl gefühlt und an Durchfall gelitten. Er hatte alle Symptome des Abdominaltyphus, Milztumor, Roseola, Fieber und blutige Durchfälle. Schon nach acht Tagen war die Remission der Erscheinungen bedeutend; nach etwa 14 Tagen trat Reconvalescenz ein, der Kranke verliess bisweilen das Bett; kaum eine Woche später trat wieder Fieber ein mit stechendem Schmerze auf der vorderen rechten Brusthälfte, ohne dass hier ausser einigen Rasselgeräuschen etwas Abnormes wahrzunehmen war. Das Fieber vermehrte sich in den folgenden Tagen, die Temperatur stieg wieder bis 32 ° R., die Zunge war trocken, es war mässiger Durchfall vorhanden, die Milz fing wieder an zu schwellen. Der Husten hatte schon am zweiten Tage nach einem Vesicator nachgelassen. Am sechsten Tage fing der Kranke an, von Zeit zu Zeit Blut auszuwerfen bei geringem Husten, ohne Veränderung der physicalischen Erscheinungen, das Fieber fing zwei Tage später an nachzulassen, es stellte sich allmählich besseres Befinden ein, wobei die Temperatur noch längere Zeit erhöht blieb.

Peritonitis wurde zweimal beobachtet, einmal in Folge von Perforation, das andere mal ohne nachweisbare besondere Ursache. In dem ersteren Falle liessen die in der Reconvalescenz plötzlich eingetretenen peritonitischen Symptome nach Opium und Kataplasmen bald nach, der tympanitisch aufgetriebene Leib sank allmählich zusammen, auch das durch die Percussion nachweisbare Exsudat in in der rechten unteren Bauchgegend verschwand, der frequente Puls ward ruhig und der Kranke erbrach nicht mehr, behielt aber ein collabirtes Aussehen und litt viel an Singultus. Er starb erst dreizehn Tage nach Eintritt der Peritonitis. Ein Theil des Ileum war in der Beckenhöhle durch frisches, grösstentheils geronnenes Exsudat angeklebt, die Perforationsstelle war durch eine anliegende Schlinge verlegt. In der übrigen Bauchhöhle war mit Ausnahme einer dünnen Schicht gelben geronnenen Exsudates zwischen Milz und Zwerchfell kein Erguss. In dem anderen Falle bei einem 24jährigen Knecht, welcher bei seiner Aufnahme schon drei Wochen bettlägerig sein wollte und der am sechszehnten Tage nach der Aufnahme starb, hatte sich die Peritonitis durch keine besonderen Kennzeichen zu erkennen gegeben, nur war in den letzten vier Tagen der Leib gegen Druck empfindlich gewesen. Es fand sich allgemeine Peritonitis mit flüssigem Exsudate, im Ileum schlaffe Geschwüre mit schwärzlich pigmentirten Rändern, ohne Perforation, ausserdem Lungenhypostase. Der Kranke hatte fortwährend im Fieber mit bedeutender Temperaturerhöhung gelegen; der anfangs vorhandene Stupor hatte in den letzten Tagen nachgelassen.

Larynxerkrankung wurde bei weitem häufiger als im Jahre vorher beobachtet, nämlich bei 11 männlichen Kranken, von denen 6 starben.

Lobäre Pneumonie kam bei 5 männlichen, 1 weiblichen Kranken vor, von denen 1 männlicher Kranker starb. — Lobuläre Pneumonie mit Entzündung und theilweise mit Erweiterung der kleinsten Bronchien ward fast in allen tödtlichen Fällen beobachtet.

Blutige Stühle traten bei 5 männlichen Kranken ein, von denen 3 starben. — Abscesse an verschiedenen Körperstellen wurden bei 2, Furunkeln bei 1 männlichen Kranken in der Reconvalescenz beobachtet. — Otorrhöe kam bei 1 männlichen und 1 weiblichen Kranken vor; bei letzterer, einem Kinde von 3 Jahren, stiess sich der grösste Theil des knorpeligen Gehörgan-

ges necrotisch ab, das Trommelfell ward gleichzeitig zerstört, und die Injectionen in den äusseren Gehörgang flossen aus der Nase wieder ab. Sie wurde bis auf den Verlust des Gehörs hergestellt.

Bei einem männlichen Kranken, welcher starb, hatte sich eine ausgedehnte Ulceration der ganzen Dickdarmschleimhaut ausgebildet.

Vorübergehende Geistesstörung, abweichend von den gewöhnlichen Delirien, kam bei 2 männlichen, 2 weiblichen Kranken vor. In dem einen Falle nahm die Krankheit schon im Beginn den Charakter der hysterischen Manie an, die Kranke verliess das Bett, lief auf dem Corridor umher, wobei ihr der Durchfall fast beständig unwillkürlich abging, war sich gleichwohl dessen bewusst, behauptete aber von innerer Unruhe getrieben zu werden. Sie ward auf die Irrenstation verlegt, wo sich im weiteren Verlaufe die Erscheinungen des Abdominaltyphus deutlich zeigten. Die Kranke ward hergestellt. — Bei einer anderen Kranken, einem Dienstmädchen von 24 Jahren, schien nach etwa vierzehntägiger Dauer der Krankheit die Reconvalescenz einzutreten, und die Kranke befand sich acht Tage lang bis auf Schwäche wohl, als von Neuem Fieber mit Durchfall auftrat; nach sechs Tagen hörte der Durchfall auf, es trat aber mehrere Tage hindurch ein maniacalischer Zustand mit Gehörshallucinationen ein, nach dessen Aufhören das Fieber ganz verschwunden war, die Kranke aber noch lange schwach und anämisch blieb.

Ein Korbmachergesell von 27 Jahren war bei seiner Aufnahme acht Tage unwohl und etwa vier Tage bettlägerig. Die Symptome waren intensiv; der Kranke war schwerhörig, schlief nicht, delirirte aber wenig. Am sechszehnten Tage nach seiner Aufnahme, als das Fieber nachgelassen und der Durchfall sich vermindert hatte, ohne aufzuhören, als sich schon Appetit zeigte, war er Morgens ganz verwirrt, forderte seine Entlassung, da er von einem Banquier 10,000 Thaler geschenkt bekommen habe, die er in Empfang nehmen solle; er werde bald in einem Wagen abgeholt werden. Den Banquier habe er selbst gesehen und gesprochen. Dabei war sein Gehör ganz gut geworden, nur klagte er über Brausen in den Ohren. Er schlief die Nacht ruhig, behielt aber seine Meinung von dem Banquier und den 10,000 Thalern auch am anderen Tage. Am dritten Tage war er weniger aufgeregt, doch noch geistig unfrei, er klagte über stechenden Schmerz in der rechten Brusthälfte und Husten, hatte wieder mehr Durchfall. Die physikalische Untersuchung der Brust ergab keine Erscheinungen von Pneumonie, obwohl der Auswurf auf eine solche deutete. Am vierten Tage war der Kranke bei ganz freiem Bewusstsein, das Stechen in der rechten Brusthälfte nahm ab, der Husten gleichfalls; der

Kranke verliess nach wenigen Tagen das Bett. Bald darauf kehrte der Stich wieder und diesmal zeigten sich die physikalischen Symptome der Pleuro-Pneumonie des rechten unteren Lappens. Allmählich liessen dieselben nach und waren 10 Tage später verschwunden. Von den erwähnten Wahnideen war während des Verlaufes der Pneumonie keine Spur mehr vorhanden gewesen.

Eine eigenthümliche Symptomengruppe zeigte sich bei einem 23jährigen Klempnergesellen am zwölften Tage der Krankheit. Er hatte seiner Angabe nach schon früher an etwas Kurzathmigkeit mit Husten gelitten, die Untersuchung ergab indessen ausser den Erscheinungen des Catarrhs nichts Abnormes; es war sowohl Milztumor, als Roseola vorhanden. An dem erwähnten Tage klagte er über starken Schwindel und Unvermögen, seine Gedanken zusammen zu halten; Mittags bekamm er plötzlich grosse Beklemmung mit starkem Rasseln auf der Brust, verdrehte dabei die Augen und reagirte auf kein Anreden; nach einer halben Stunde etwa stiess er einen tiefen Seufzer aus und war dann frei von Beklemmung, auch wieder bei freiem Bewusstsein. Er schlief die Nacht ruhig, war aber beim Erwachen benommen, konnte nicht ordentlich sprechen und musste wegen Harnverhaltung catheterisirt werden. Der Harn enthielt Eiweiss, aber keine Exsudatcylinder. Er erhielt eine starke Chininauflösung. Im Verlaufe des Tages wurde die Sprache freier, der Urin musste aber mit dem Catheter entleert werden. Der Schlaf war wieder ruhig, das Befinden am folgenden Tage gut; Abends ward er sehr aufgeregt und ängstlich und behauptete, seine Mutter sei gestorben. Er schwitzte dabei stark. Nach einigen Stunden ward er ruhiger und schlief die Nacht gut. Am sechszehnten Tage fing er wieder an von selbst Urin zu lassen, der Eiweissgehalt war vermindert und am folgenden Tage verschwunden, der Appetit stellte sich ein, der Durchfall dauerte in mässigem Grade fort; die Milzanschwellung nahm ab. Von jetzt an besserte sich der Zustand, doch kehrte am 29sten Tage der Krankheit auf ganz kurze Zeit eine Andeutung des Brustkrampfes wieder, ohne sich später zu wiederholen. Vier Wochen später konnte er geheilt entlassen werden.

Idiotismus nach Typhus ward bei einen 17jährigen Matrosen beobachtet. Eine genauere Anamnese war nicht zu ermitteln, nur konnte man ermitteln, dass er vor sechs Wochen auf der Reise erkrankt sei und ohne eigentliche ärztliche Behandlung auf dem Schiffe gelegen habe; nach Aussage des Capitains habe ein Arzt in Hartlepool die Krankheit für Typhus erklärt. Er war sehr gefrässig, ging schlecht, sprach verwirrt, konnte aber einzelne Fragen beantworten und wusste, dass er sich in einem Krankenhause befinde. Nach vierwöchentlichem Aufenthalte war er bei einer stärkenden Diät körperlich und geistig besser geworden, aber noch immer etwas idiotisch, als er nach seiner Heimath abgeholt wurde.

Eine ausserordentlich schleppende Reconvalescenz wurde bei einem 32jährigen Commis beobachtet, der ausserhalb des Kranken-

hauses einen lentescirenden Typhus durchgemacht hatte, ohne dass dieser je mit intensiven Erscheinungen aufgetreten wäre. Es bildeten sich nach einander in beiden Schenkelvenen Thromben. Erst nach einem Vierteljahre war er im Stande nach Hause zu reisen um sich dort vollends zu erholen.

Die Behandlung des Abdominaltyphus war dieselbe, als im Jahre vorher. Von grösseren Gaben Chinin wurden indessen nicht so günstige Wirkungen bemerkt.

Exanthematischer Typhus.

Der exanthematisch-contagiöse Typhus kommt in Hamburg selten vor und jedesmal nur unter besonderen Verhältnissen, welche bisher eine rasche Beschränkung und Vernichtung des Krankheitsheerdes erlaubten. Hamburg darf freilich nicht hoffen, namentlich bei der stets sich vermehrenden Bevölkerung der Stadt, auch für die Zukunft immer so glücklich zu sein, es wird wahrscheinlich das Schicksal der meisten grossen Städte theilen, welche von dieser Krankheit immer von Zeit zu Zeit, oder auch beständig heimgesucht werden. Im Monat März wurden an einem Tage 7 Mitglieder einer Familie an Typhus leidend in's Krankenhaus gebracht, welche von einer anderen Familie die Krankheit bekommen haben wollten. Beide Familien wohnten in einem Hofe der Neustadt, welcher sehr ungünstige Verhältnisse darbietet; bei den erkrankten Familien kamen ungenügende Ernährung, Anhäufung vieler Menschen in einem Raume und Unreinlichkeit hinzu. Nach den von dem Armenarzte dieses Quartiers gemachten Mittheilungen kam der erste hierher gehörige Fall am 5. Januar bei einer Frau von 53 Jahren vor, welche anscheinend an einem fieberhaften gastrischen Catarrh litt und hergestellt wurde. Am 12. Januar erkrankte ein 19jähriges Mädchen an Fieber mit typhösen Erscheinungen, wurde aber gleichfalls hergestellt. Ihre Mutter, eine Frau von 57 Jahren, meldete sich am 7. Februar krank und starb schon am 10. Ihre 18jährige Tochter erkrankte am 26. Februar leicht und ward hergestellt. Am 2. März erkrankten darauf drei Kinder, deren eines zu der Familie gehörte, welche Ende März ins Krankenhaus kam. Alle diese Erkrankungen fanden in demselben Hause statt und unter Individuen, welche in stetem und nahem Verkehr mit einander standen. Im April kam noch eine Frau von 43 Jahren aus demselben Hofe mit contagiösen Typhus ins Krankenhaus, und etwas später Mutter und Tochter und eine Tagelöhnerin aus einem anderen

in einiger Entfernung gelegenen Hofe. Weitere Krankheitsfälle kamen nicht vor. Die im Krankenhause behandelten Fälle betrafen 11 Individuen, 2 männl., 9 weibl., nämlich einen Mann von 49, einen Knaben von 10, drei Frauen von 53, 46 und 44 Jahren, sowie 6 Mädchen von 16, 12, 11, 10, 7 und 6 Jahren. Von diesen starben drei, der Mann und zwei Frauen von 53 und 44 Jahren. Das eine am 2. März erkrankte Kind von 7 Jahren war indessen bei der Aufnahme schon in der Reconvalescenz. Im Krankenhause wurden die Kranken in einen abgesonderten, aber geräumigen Ort gebracht; es verbreitete sich die Krankheit hier nicht.

Die Krankheitserscheinungen bestanden in einem ziemlich intensiven Fieber mit Prostration der Kräfte, frequentem Pulse, heisser, trockner Haut und abendlicher Exacerbation; dabei meist Stupor und mehr oder weniger Delirien. Die Zunge war geröthet, trocken oder zur Trockenheit neigend, der Leib nur bei einigen aufgetrieben, die Milz wenig vergrössert, der Stuhlgang war träge, bisweilen flüssig und den Stühlen bei Abdominaltyphus ähnlich, aber nicht häufig erfolgend; dabei Catarrh der Bronchialschleimhaut. In allen Fällen war Exanthem zugegen, welches sich ausser dem Rumpfe auch an den Extremitäten, weniger im Gesichte zeigte. Dasselbe war von verschiedener Intensität, im Anfang papulös und heller geröthet, der typhösen Roseola ganz ähnlich, beim Abblassen von etwas livider Farbe; mehrfach mit Petechien untermischt. Das Fieber liess keine deutliche Veränderung nach bestimmten Tagen erkennen, doch pflegte die Krankheit nach der Dauer von sieben Tagen sich zu entscheiden, jedoch ohne kritische Erscheinuugen. In einem Falle, bei einer 53jährigen Frau, war der Verlauf sehr schleppend.

Bei den drei Verstorbenen zeigte sich das Blut dunkel und flüssig, doch war die Farbe der Milz und der Muskeln bei weitem weniger dunkel als beim Abdominaltyphus. Bei der einen Frau waren auch Petechien auf inneren Organen. Die Milz war wenig vergrössert, aber mürbe, von schmutzig rother Farbe. Ausser Hypostase und Oedem der Lungen wurde sonst keine auf die Krankheit bezügliche Abweichung gefunden, namentlich war an den Drüsen des Ileum und des Mesenterium keine dem Abdominaltyphus ähnliche Veränderung.

In der Leiche der Frau von 44 Jahren fand sich eine vollkommene Transposition sämmtlicher Eingeweide.

Intermittens.

Im Jahre 1859 wurden 139 männliche und 14 weibliche Kranke an Intermittens behandelt; bei weitem die grösste Zahl derselben

kam mit dieser Krankheit in das Krankenhaus, einige Wenige, die wegen andererer Krankheiten dort waren, wurden im Krankenhause von Intermittens befallen. Im Anfange des Frühjahres waren die Intermittens-Kranken noch wenig zahlreich, im Mai häuften sich die Fälle mehr, nahmen dann stark zu und nahmen erst Ende September bedeutend ab. Sowohl die Aufnahme in den einzelnen Monaten als die Gesammtzahl übertraf die des vorherigen Jahres bedeutend. In den Monaten September, October und November wurden auch einige Fälle von Melanämie beobachtet, welche in der obigen Zahl nicht mit einbegriffen sind, jedoch offenbar mit der Intermittens-Epidemie in Zusammenhange stehen, zumal einzelne Fälle von Intermittens einen abweichenden Verlauf zeigten und an die hier sonst gewöhnlich nicht vorkommenden perniciösen Formen erinnerten. Von der obigen Zahl waren 13 Fälle, alle bei männlichen Kranken, Recidive; 3 derselben hatten die Krankheit ausserhalb des Krankenhauses überstanden, die 10 übrigen waren im Krankenhause behandelt. Bei einzelnen Kranken trat das Recidiv noch während ihres Aufenthaltes im Krankenhause ein. Die Recidive hatten mit Ausnahme zweier Fälle, wo Tertiantypus auf Quotidiantypus und umgekehrt folgte, denselben Typus, wie die vorausgegangene Krankheit.

Quotidiantypus ward bei 58 männlichen und 7 weiblichen, Tertiantypus bei 68 männlichen und 7 weiblichen, Quartantypus bei 5 männlichen Kranken beobachtet; bei 3 männlichen war der Typus unregelmässig, bei 5 männlichen Kranken trat nur ein einzelner Anfall ein. — Bei einer weiblichen Kranken ging der anfängliche Quotidiantypus in den tertianen, bei 4 männlichen der Tertiantypus in den quotidianen, bei einem männlichen Kranken der Tertiantypus in den quartanen über.

Der Form nach zeigten die meisten Fälle gehörige Fieberanfälle: statt dieser litten 7 männliche und 2 weibliche Kranke an intermittirendem Kopfschmerz, 2 männliche an Prosopalgie, einer an Otalgie, ein anderer an intermittirender Colik; ein Kranker bekam tägliche Anfälle von Schwindel mit unvollkommener Bewusstlosigkeit, welche nach Chinin verschwanden. Alle diese Fälle hatten, mit Ausnahme dreier, wo Tertiantypus stattfand, den Quotidiantypus.

Unter den Krankheitsfällen sind folgende hervorzuheben:

Ein 21jähriges Dienstmädchen kam im achten Monat ihrer Schwangerschaft wegen eines Lungencatarrhs mit keichhustenartigen Paroxysmen am 27. Januar in das Krankenhaus. Sie wollte als Kind den Keichhusten

gehabt haben. Die cyanotische Gesichtsfärbung, so wie die auch ausserhalb der Hustenanfälle fortdauernde Kurzathmigkeit veranlassten am 31. zu einem mässigen Aderlass, welcher indessen nur vorübergehende Erleichterung schaffte. Schon am folgenden Tage stellten sich Wehen ein, durch welche bald ein frühzeitiges, aber sonst gesundes Kind zur Welt befördert wurde. Der Husten mit den krampfhaften Paroxysmen dauerte nach der Entbindung fort. Am 9. Februar stellte sich ein Schüttelfrost ein, mit nachfolgender Hitze, der sich 8 Tage hindurch täglich wiederholte; sonstige Erscheinungen von Puerperalfieber waren nicht vorhanden, das Aussehen indessen bleich und angegriffen. Das sogleich angewandte Chinin mit Opium blieb erfolglos; am 9. Tage blieb das Fieber aus, kehrte aber schon den folgenden Tag mit Heftigkeit wieder, blieb dann 5 Tage fort, wiederholte sich aber in den folgenden 4 Tagen, setzte wieder 1 Tag aus, kehrte 3 Tage wieder und verschwand dann dauernd, nachdem in der letzten Zeit statt des Chinins, Chinapulver mit cort. Cinnamomi theelöffelweise gegeben war. Der Husten hatte in der ganzen Zeit heftig fortgedauert, jedoch nach und nach den keichhustenartigen Charakter verloren. Am. 11. Februar hatte sich Durchfall eingestellt, welcher mit einigen Unterbrechungen bis Anfang April andauerte. Ende Februar stellten sich Nachtschweisse ein. Erscheinungen von Peritonitis waren nie vorhanden, der Lochialfluss war regelmässig. Ebensowenig waren deutliche Erscheinungen von Lungentuberculose vorhanden. Die Kranke besserte sich langsam und ward am 26. Mai gesund entlassen.

Ein 26jähriger Schneidergesell kam am 21. Juli nach viertägigem Unwohlsein mit den Erscheinungen eines fieberlosen gastrischen Catarrhs ins Krankenhaus. Obwohl sich die anscheinend nicht bedeutenden Beschwerden bald besserten, klagte er doch stets über Mattigkeit und verlängerte seinen Aufenthalt bis zum 8. August. Zwölf Tage später ward er wieder unwohl und liess sich bald von Neuem aufnehmen. Er klagte über Schmerzen im Kopfe, dem Rücken und dem Schlunde, hatte eine belegte Zunge, retardirten Stuhlgang und geringe Fieberbewegung. Als sich letztere Nachmittags ziemlich regelmässig verschlimmerte und mit Frösteln verband, erhielt er Chinin, worauf das Fieber verschwand. Die Verdauungsbeschwerden hatten sich ebenfalls gebessert. Wenige Tage später bekam er Abends heftigen Frost, gleichzeitig Leibschmerz und starken Durchfall mit Uebelkeit. Diese Erscheinungen verloren sich in den folgenden Tagen, es blieb jedoch Eingenommenheit des Kopfes zurück, welche sich bald steigerte, von grosser Mattigkeit begleitet war und endlich sich wieder mit Fiebererscheinungen, jedoch ohne Frost verband. Gleichzeitig bildete sich ein kleiner Furunkel an der Lippe. Von jetzt an erholte sich der Kranke rasch.

Ein 21jähriger Matrose, am 16. September aufgenommen, klagte seit acht Tagen über starken Kopfschmerz, grosse Mattigkeit, Gliederschmerzen, Appetitmangel und Durchfall. Er fieberte lebhaft, die Zunge war belegt, an einzelnen Körperstellen zeigten sich mit Eiter gefüllte Bläschen mit rothem Hofe, ohne bestimmten Charakter. Etwa eine Woche nach der Aufnahme hatten sich alle Symptome bis auf die Mattigkeit verloren. Zu

Anfang des Monats October bildete sich ein Axillarabscess; auch nach Heilung dieses konnte der Kranke sich nicht erholen und klagte stets über Mattigkeit und Eingenommenheit des Kopfes. Am 14. und 15. November bekam er Frostanfälle, welche nach Chinin verschwanden, sich jedoch am 2. und 4. December wiederholten. Von jetzt erholte der Kranke sich rasch und forderte am 12. December seine Entlassung.

Ein Maurergesell von 23 Jahren hatte drei Wochen vor seiner Aufnahme Wechselfieber bekommen, welches vor zwei Tagen nach achttägiger Pause wiedergekehrt war. Die Milz war etwas vergrössert, die Zunge belegt, der Stuhlgang flüssig, der Puls beschleunigt. Der Kranke erhielt 2stündlich Chin. gr. jjj, worauf zunächst kein Anfall eintrat, wohl aber sich öfter namentlich Nachts, Kopfschmerz einstellte. Acht Tage nach der Aufnahme stellte sich jedoch ein Fieberanfall ein, blieb aber wieder sogleich nach Anwendung von Chinin fort. Es trat wieder häufig starker Kopfschmerz, vorzüglich Nachts, ein. Das Allgemeinbefinden war die ganze Zeit über gestört, das Aussehen war schlecht, die Zunge belegt, es war stets Durchfall, mit dem Charakter des Colon-Catarrhs zugegen und steigerte sich häufig. Gegen diesen erhielt der Kranke kleine Gaben Calomel mit Opium. Wenige Tage nach dem Verbrauch von Calomel gr. viij, trat Salivation ein, zu welcher sich bald eine starke Mundblutung gesellte. Obwohl der Kranke, um ein Recidiv des Fiebers zu verhüten, in dreitägigen Zwischenräumen Chinin fortgebraucht hatte, stellte sich doch nach einer Pause von drei Wochen das Fieber wieder ein und wiederholte sich, trotz Chinin, nach zwei Tagen. Der Durchfall dauerte dabei in mässigem Grade fort und wich erst allmählich nach anhaltendem Gebrauch von Columbo. Das Fieber kehrte nicht wieder, aber noch eine Zeit lang hatte der Kranke täglich einige Stunden ein Gefühl von Kälte. Bei der Entlassung war auch das anämische Aussehen ziemlich verschwunden.

Die eben beschriebenen Fälle bieten an sich keine so auffallende Abweichungen dar; sie bilden aber gewissermassen den Uebergang zu den jetzt folgenden, welche wieder sich unmittelbar an die gleich zu beschreibenden Fälle von Melanämie anschliessen. Sie haben alle das Gemeinsame, dass sie mit dem Wechselfieber in innigem Zusammenhange stehen, zugleich aber darauf hinweisen, dass zu den gewöhnlichen Ursachen dieser Krankheit ein neues unbekanntes Moment hinzugetreten sei, welches die Herbst-Fieber des Jahres 1859 den perniciösen, wie sie an manchen Orten endemisch sind, nahe bringt.

Ein 28jähriger Matrose ward im August wegen Gliederschmerzen, Appetitmangel und Fieber aufgenommen; die Zunge war belegt, der Stuhlgang träge. Als sich nach einigen Tagen ein Quotidiantypus des Fiebers herausstellte, erhielt er Chinin, worauf bald alle Beschwerden verschwanden und der Kranke nach dreiwöchentlichem Aufenthalte das Krankenhaus verliess. Wenige Tage nach seiner Entlassung ward er von Durchfall und bald auch von Erbrechen befallen, welches letztere sich so stei-

gerte, dass er alles Genossene wieder entleeren musste. Er ward desshalb von Neuem ins Krankenhaus aufgenommen, bot hier aber, ausser einem sehr collabirten Aussehen, keine anderen Symptome der gerade damals herrschenden Cholera. Nach drei Tagen hatte das Erbrechen aufgehört, dafür stellte sich starker Kopfschmerz ein. Bald kehrte auch das Erbrechen wieder und zwar in steigendem Maasse, der Urin war eiweisshaltig und enthielt einzelne geschrumpfte Blutkörperchen. Bald ward der Kranke betäubt, bekam einen unstäten Blick, etwas Nystagmus und eine stammelnde Sprache: die Pupillen waren etwas erweitert, aber beweglich, der Kranke sah undeutlich, griff oft nebenher, wenn er etwas ergreifen wollte, dabei war der Puls ruhig, fast langsam, der Stuhlgang träge. Das Aussehen war anämisch, die Gesichtszüge etwas eingefallen. Man beschränkte sich auf ein Vesicator in den Nacken und Ableitung auf den Darmcanal. Die Krankheitssymptome blieben nun eine Zeit lang auf dieser Stufe stehen, ohne sich zu steigern, bisweilen trat einige Besserung ein, bisweilen gesellten sich auch Symptome von Geistesabwesenheit, selten auch Delirien hinzu; das Erbrechen verschwand und kam wieder. Allmählich trat, vorzüglich beim Gebrauche von Chinin mit Eisen, Besserung ein, auch verschwand allmählich der Eiweissgehalt des Urins. Er klagte indessen noch über Schwindel und sprach stets etwas undeutlich. Der Kranke vertrug nun seine Nahrung und entwickelte bald einen lebhaften Hunger. Als er im December entlassen wurde, hatte er sich gut erholt. Im März 1860 kam er wieder, diesmal mit Intermittens, ins Krankenhaus, war wohlgenährt und kräftig; seine Sprache war ganz unbehindert.

Ein 21jähriger Küpergesell ward am 14. September aufgenommen. Er litt seit einem Jahre an Intermittens, welche in kurzen Pausen immer wiedergekehrt war; jetzt hatte dieselbe den Quotidiantypus. Sein Aussehen war anämisch, die Milz deutlich vergrössert. Nach Chinin verschwand das Fieber, auch nahm die Milzanschwellung etwas ab, war indessen noch immer ziemlich bedeutend, als er, trotz alles Abrathens, schon am 22. September seine Entlassung forderte. Am 15. October ward er in vollkommen bewusstlosem Zustande wieder ins Krankenhaus gebracht, ohne andere Notiz, als dass er von Convulsionen befallen sei. Er lag in tiefem Coma ganz ruhig mit zusammengekrümmten Beinen, eingefallenem Leibe und etwas gedunsenem Gesichte; Anasarca war indessen nicht vorhanden. Wenn man ihn zu erwecken versuchte, so wälzte er sich schreiend und stöhnend umher, lag sonst aber ganz ruhig. Er hatte auf dem Transport grünliche Massen ausgebrochen; Stuhl und Urin liess er unter sich gehen. Der Puls war klein, machte 92 Schläge, die Hauttemperatur nicht erhöht, die Milz deutlich vergrössert. Er erhielt Blutigel an die Schläfen, ein Vesicator in den Nacken, innerlich grosse Gaben Chinin. Allmählich kam er zu sich, war aber noch betäubt und schlief viel; am dritten Tage nach der Aufnahme antwortete er gehörig, doch war keine brauchbare Auskunft über die Art seiner Erkrankung zu erlangen. Der jetzt willkürlich gelassene Urin enthielt kein Eiweiss, doch zeigten sich die Chloride stark vermindert. Am vierten Tage bekam er Morgens heftige Convulsionen und verfiel nach Aufhören derselben wieder in tiefes Coma, ganz wie bei der Aufnahme. Er kam in derselben Weise, wie das erste

Mal, allmählich zu sich, die Krämpfe und die Bewusstlosigkeit kehrten nu nicht wieder. Er vermochte jetzt gehörige Auskunft über die Art sein Erkrankung zu geben. Er war vierzehn Tage nach seiner Entlassung vo allgemeinem Unwohlsein befallen, hatte indessen keinen Anfall von Inte mittens wieder gehabt; gleich nach dem ersten Ausbruch der Convulsione war er ins Krankenhaus gebracht worden. Er hatte weder früher a Epilepsie gelitten, noch war erbliche Anlage zu dieser Krankheit vorhan den. Bei einem stärkenden Verfahren erholte er sich immer mehr; d Milzanschwellung nahm ab. Am 21. November ward er geheilt entlassen — Gleich anfangs war das Blut microscopisch untersucht worden, hatt aber kein schwarzes Pigment erkennen lassen.

Melanämie.

So sehr der anatomische Befund bei dieser Krankheit auc dazu drängt, sie als eine selbstständige Affection besonders abzu handeln, so müssen vom klinischen Standpuncte doch gegen dies Auffassung erhebliche Zweifel erhoben werden. Wenn auch de Zusammenhang mit Intermittens ein ganz augenscheinlicher ist, s ist doch weder jeder Fall von Intermittens mit Ablagerung schwarze Pigments verbunden, nicht einmal jeder perniciöse oder langwierig Fall, noch ist jede Melanämie auf Intermittens zurückzuführen. Eben sowenig sind die Symptome constant, und namentlich in den ein zelnen Fällen nicht immer von der Pigmentablagerung in den be treffenden Organen abzuleiten. Ueberdies sind Fälle vorhanden, w sich während des Lebens oder an der Leiche die Gegenwar schwarzen Pigments im Blute oder in den Geweben nachweisen liess, ohne dass dasselbe auffallende Symptome erregt hätte. Ein Erklärung der gewöhnlichen Symptome der Melanämie aus mecha nischen Wirkungen des abgelagerten oder im Blute suspendirten Pigments ist für viele Fälle unzulässig, z. B. wo Hirnerscheinungen zugegen waren und die Hirncapillaren kein Pigment enthielten ebenso ist es nicht statthaft, dem schwarzen Pigment, welche man so vielfach als Residuum anderer Processe findet und welche dann gar keine Symptome erregt, eine besondere chemisch Wirkung auf das Blut oder das Nervensystem zuzuschreiben. Gleich wohl lässt sich eine gewisse Aehnlichkeit der Erscheinungen in den meisten Fällen nicht verkennen und häufig weist der Befunc nur das verbreitete schwarze Pigment im Gehirne, der Leber, de Milz oder den Nieren nach, ohne dass sich sonst eine Veränderung fände. Man thut daher für den Augenblick noch am Besten, wenn man den einmal eingebürgerten Namen beibehält. Die Krankhei scheint sowohl vereinzelt, als in grösserer Verbreitung, mitunter

deutlich epidemisch vorzukommen. Während im hiesigen Krankenhause vereinzelte Fälle in früheren Jahren beobachtet, aber nicht hinreichend beachtet waren, kamen im Herbst des Jahren 1859 innerhalb weniger Wochen mehrere Fälle von Melanämie vor; seit der Zeit ist keine derartige Beobachtung wieder gemacht worden.

Der erste Fall betraf eine Kranke, welche im Monat August im bewusstlosen Zustande nach der Irrenstation gebracht wurde und dort nach wenigen Stunden starb. Die Pigmentablagerung war sehr verbreitet und intensiv. Wenige Wochen später folgten dann fünf Fälle auf der medicinischen Abtheilung, welche ich hier mittheilen will.

Ein Korbmachergesell von 24 Jahren litt bei seiner am 4. October erfolgten Aufnahme seit acht Tagen an Kopfschmerz und Appetitmangel mit geringem Fieber. Eine Röthe und Anschwellung der Nase liess ein beginnendes Erysipelas vermuthen, ohne dass sich diese Annahme bestätigt hätte. Die Zunge war schleimig belegt, die Oeffnung regelmässig. Ohne deutlichen Typus ward das nie bedeutende Fieber in den nächsten Tagen bald stärker, bald schwächer, desgleichen wechselte der Kopfschmerz an Intensität; im Ganzen waren die Beschwerden indessen geringe und erregten keine besondere Aufmerksamkeit. Am Abend des 9. October verfiel der Kranke in einen Zustand von Betäubung ohne völlige Bewusstlosigkeit; er sprach wenig und stammelnd, klagte über Kopfschmerzen und liess den Urin unter sich gehen; die Hauttemperatur war erhöht, der Puls beschleunigt. Nach einer örtlichen Blutentziehung am Kopfe fühlte er sich erleichtert und schlief die Nacht ruhig, hatte aber noch unwillkürliche Urinentleerungen. Am nächsten Morgen war er noch etwas betäubt, sonst aber ziemlich wohl; die Sprache war indessen noch etwas behindert. Während er am Tage den Urin willkürlich entleerte, floss dieser während der Nacht noch unwillkürlich ab. Der Puls war ruhig, der Stuhlgang träge. Der Krankheitszustand machte den Eindruck einer nicht beträchtlichen Hirnhautblutung, wobei die Symptome des Hirndrucks in geringem Grade fortdauerten. Allmählich nahm die Betäubung wieder zu, wobei der Kranke sich ohne Mühe aus derselben erwecken liess, der Puls verlangsamte sich etwas. In der Nacht vom 14. auf den 15. October verfiel er nach vorausgegangenen Delirien in tiefes Coma, aus dem er nicht wieder erwachte, vielmehr am 15. Morgens früh starb. — Bei der Section fiel sogleich die eigenthümliche, schwärzlich-graue Färbung des Gehirns auf, ohne dass sich ausser dieser wesentliche Veränderungen in der Schädelhöhle gefunden hätten. Die Lungen waren nur etwas serös infiltrirt, sonst gesund, unter der Pulmonalpleura beider Seiten zeigten sich einige blasse Ecchymosen. Im Herzen waren Blutgerinnsel von schwärzlichem Blute neben gallartig durchscheinenden Faserstoffgerinnseln; die Mitralklappe war etwas verdickt. Die Milz war gross, gespannt, zerreisslich, die Schnittfläche dunkelbraunroth. Die Leber etwas klein, mit oberflächlich verfestelten narbigen Einziehungen der Serosa, das Gewebe von normaler

Consistenz, die Schnittfläche gleichmässig braunschwarz gefärbt. Die Gall dunkelbraun. Die Nieren zeigten keine wesentliche Veränderung, doc war die Corticalsubstanz, ohne dunkel zu sein, von deutlich schwärzliche Färbung. Die Pyramiden blassroth. Im Magen und Darmcanal keine be merkenswerthe Veränderung. — Bei der microscopischen Untersuchun zeigte sich reichliche Ablagerung schwarzen Pigments in den Hirncapillaren der Leber, der Milz und in den Glomerulis der Nieren.

Am 16. October ward Abends ein aus Schweden gebürtiger Landmann welcher eben von America angekommen war, in das Krankenhaus ge bracht. Nach Aussage seiner Begleiter hatte er seit zwei Jahren mit Un terbrechungen an Intermittens gelitten, welches er sich in den Tropen zu gezogen hatte. Auf der Reise war das Fieber wieder aufgetreten; vc fünf Tagen hatte sich Bewusstlosigkeit eingestellt. Der Kranke war weni abgemagert, aber anämisch; der Puls ruhig, ziemlich kräftig, der Leib wa wenig aufgetrieben, die Milz etwas vergrössert, die Blase etwas angefüll Der Kranke war stark soporös, liess sich nur durch wiederholtes starke Anrufen zu kurzen einsilbigen Antworten erwecken. Der mit dem Cathete entleerte Urin enthielt kein Eiweiss, zeigte aber eine bedeutende Vermin derung der Chloride. Er erhielt eine starke Chininauflösung. Nachden er die Nacht ganz ruhig zugebracht hatte, stellten sich gegen 7 Uhr Mor gens die Symptome der Lungenlähmung ein; drei Stunden später erfolgt der Tod. — Die Färbung des Gehirns war nur an der Basis schwärzlic und so wenig intensiv, dass sie ohne besonders darauf gerichtete Aufmerk samkeit der Beobachtung leicht hätte entgehen können. Die Leiche zeigt schon 24 Stunden nach dem Tode entschiedene Fäulnissspuren, namentlic an den Organen der Bauchhöhle. Die Lungen zeigten ausser geringe seröser Infiltration keine Abweichung; das Herz war schlaff, das Endo cardium dunkelroth imbibirt. Die Milz war gross, zerfliessend, von braun schwarzer Farbe; die Leber gleichfalls schwarzbraun gefärbt, sonst wenig verändert. An den Nieren zeigte sich keine wesentliche Veränderung. Di Peyerschen Drüsenhaufen waren etwas schwärzlich pigmentirt, sonst zeigt die Darmschleimhaut keine Veränderung. — Die microscopische Unter suchung wies in den Hirncapillaren, der Leber, der Milz und den Glome rulis der Nieren Ablagerung schwarzen Pigments nach, jedoch in der Nieren und den Hirncapillaren nicht so reichlich wie im vorhergehenden Falle. —

In dem dritten Falle wäre der ganz unerwartete Befund beinahe un beachtet geblieben.

Ein 52jähriger Canalarbeiter ward am 26. September in sehr betäubten Zustande und, wie so oft, ohne alle nähere Auskunft ins Krankenhaus ge bracht. Er war mässig abgemagert, von ältlichem Aussehen, antwortet wenig und unzuverlässig, hatte eine braune, trockene Zunge, eine heisse trockene Haut, einen mässig beschleunigten, nicht sehr kräftigen Puls. De Leib war weich, nicht aufgetrieben, die Milz nicht vergrössert, von Seiten der Respirationsorgane waren keine Symptome zugegen. Wegen mangeln den Stuhlgangs erhielt er ein Clystier, innerlich Salzsäure. Der Zustand blieb sich in den nächsten Tagen ziemlich gleich; in der vierten Nach

war er unruhig, delirirte viel und wollte beständig das Bett verlassen; den andern Morgen klagte er über starken Kopfschmerz, verfiel dann bald in Coma mit Harnverhaltung. Der durch den Catheter entleerte Urin enthielt kein Eiweiss, fast gar keine Chloride und ziemlich viel kohlensaures Ammoniak. Der Stuhlgang ward jetzt unwillkürlich, flüssig, der Leib trieb auf, die Milz schwoll etwas an. Schon am 2. October fing er an, sich durchzuliegen, die durchgelegenen Stellen vergrösserten sich rasch und wurden brandig. Delirien traten nicht wieder ein, der Kranke kam auch mitunter etwas zu sich, lag aber meistens in tiefer Betäubung. Vom 9. October an suchte man seine Kräfte mit Bouillon und Portwein aufrecht zu erhalten. Am 11. bekam er einen Schüttelfrost, welcher sich in unregelmässigen Zwischenräumen ziemlich häufig wiederholte. Chinin zeigte sich unwirksam, wurde aber anhaltend fortgebraucht. Am 11. October hatte sich zuerst Husten gezeigt; die wegen des erschöpften Zustandes des Kranken nur oberflächlich vorgenommene Untersuchung hatte ausser Rasselgeräuschen keine Abweichungen erkennen lassen. Der Kranke lag sich nun auch am Hinterhaupte durch, während die Stellen am Kreuze und an den Hinterbacken tief und umfänglich wurden. Bei zunehmender Schwäche wurde das Bewusstsein ganz frei; der Husten nahm zu, der Auswurf ward reichlich und übelriechend, die Zunge aphthös und unter Fortdauer der Frostanfälle erfolgte am 22. October der Tod. — Man fand in der Schädelhöhle ziemlich reichlichen serösen Erguss unter den Hirnhäuten und in den Ventrikeln; in der rechten Pleurahöhle unten und hinten ein umschriebenes jauchiges Exsudat mit Anätzung der Lunge; ausserdem in beiden Lungen, vorzüglich links, keilförmige Ablagerungen. Am Herzen war keine bemerkenswerthe Veränderung. Die Organe der Bauchhöhle waren schon von Fäulniss ergriffen; die Leber und Milz schwärzlich gefärbt, letztere vergrössert und weich, die Nieren etwas blass, sonst ohne Veränderung, die Schleimhaut des Dickdarms schwärzlich pigmentirt. — Der Zustand der Leber und Milz ward der Fäulniss zugeschrieben. Herr Dr. Schwartz aus Wandsbeck, welcher häufig den Sectionen des Krankenhauses beiwohnt, hatte indessen von beiden Organen einige Fragmente mitgenommen und brachte am andern Tage die Nachricht, dass er schwarzes Pigment gefunden habe. In Folge dessen ward die Leiche von Neuem geöffnet und nicht nur in diesen Organen, sondern auch nach langem Suchen in den Hirncapillaren und den Nieren schwarzes Pigment bei der microscopischen Untersuchung gefunden.

Der vierte Fall betraf einen 59jährigen Knecht, welcher am 31. October ohne jegliche Auskunft gebracht wurde. Er war mager und von kränklichem Aussehen, im Zustande tiefer Betäubung und hatte sich auf dem Transporte beschmutzt. Beim Anrufen schlug er die Augen auf und machte einen Versuch zu antworten, so wie seine blasse, feuchte, wenig belegte Zunge zu zeigen, doch ohne Erfolg. Eigentliche Lähmung war nicht wahrzunehmen. Der Stuhlgang war flüssig, der Urin klar, ohne Eiweiss. Die Respiration war laut und stöhnend. Die Percussion ergab keine Abweichung. Der Puls war klein und frequent, der Leib etwas aufgetrieben, die Milz schien wenig vergrössert. Schon am andern Morgen starb er. — Bei der Section war die schwärzlich-graue Färbung des Ge-

hirns deutlich erkennbar, wenn gleich nicht so ausgesprochen, wie im ersten Falle: unter der getrübten Arachnoidea war viel Serum. Die linke Lunge war nach hinten und unten blutreich und etwas verdichtet, mit geringer Granulation der Schnittfläche, beide Lungen mit Serum etwas infiltrirt. Das Herz schlaff, die rechte Hälfte mit dunklem, geronnenen Blute angefüllt. Die Leber war etwas vergrössert, von brauner, etwas schwärzlicher Farbe, die Milz gross, schwarzbraun, zerfliessend; die Nieren waren ziemlich gross und fest, die Glomeruli etwas hervortretend und von schwärzlicher Farbe. Die Schleimhaut des Magens und des Dickdarms schwärzlich gefärbt. Die microscopische Untersuchung wies in den Hirncapillaren, der Leber, der Milz und den Nieren schwarzes Pigment nach.

Wenige Tage darauf wurde der fünfte und letzte Fall beobachtet.

Ein 25jähriger Klempnergesell war bei seiner Aufnahme am 27. October acht Tage krank. Er klagte über Mattigkeit, Gliederschmerzen und Appetitmangel. Die Zunge war etwas belegt, das Fieber nicht bedeutend, doch schien die Milz etwas vergrössert. Der Stuhlgang war weder angehalten, noch durchfällig. Nachdem sich der Zustand in den ersten vier Tagen nicht wesentlich verändert hatte, klagte er Morgens über starken Kopfschmerz, welcher durch kalte Ueberschläge nicht gelindert wurde. Nachmittags wurde er betäubt, antwortete nicht beim Anrufen, schluckte schlecht und liess den Urin unter sich gehen. Er erhielt Blutigel an den Kopf, ein Vesicator in den Nacken und eine Abführung von Calomel und Jalapa. Er lag in der Nacht ruhig, war am andern Morgen mehr bei sich, aber noch betäubt und schläfrig; die Zunge war wenig belegt, der Puls ruhig. In der folgenden Nacht war er etwas unruhig, hatte unwillkürliche Ausleerungen, zeigte aber sonst keine Veränderung. Er hatte mit Bestimmtheit angegeben, nie Intermittens gehabt zu haben; trotz dessen ward Chinin gegeben. Am dritten Tage nach dem ersten Eintritt der Betäubung war er geistig freier, liess den Urin willkürlich, erschien sonst ziemlich wohl, nur musste der träge Stuhlgang befördert werden. So blieb der Zustand bis zum 5. November, wo er wieder über Schmerz im Kopfe und im Nacken klagte, wesshalb er Blutigel an den Kopf bekam. Abends verfiel er in Coma und starb 12 Stunden später. — Die Section ergab ausser der schon mit blossem Auge erkennbaren und durch das Microscop bestätigten Pigmentablagerung im Gehirn, der Leber, der vergrösserten und weichen Milz und in den Nieren keine bemerkenswerthe Abweichung.

In allen diesen Fällen waren die Hirnsymptome und zwar die Erscheinungen des Hirndrucks das Hervorstechende. Dass die Ablagerung von Pigment im Gehirn nicht die Ursache der Betäubung war, wird, wie ich schon oben erwähnt habe, durch anderweitige Beobachtungen hinlänglich dargethan. Verstopfungen der Hirncapillaren und dadurch bedingte Apoplexieen oder partielle Atrophieen fanden ebenfalls nicht statt. Vorausgegangenes oder begleitendes

Vechselfieber war auch nicht in allen Fällen vorhanden. Die Diagnose leibt desshalb in vereinzelten Fällen schwer, während sie bei häugerem Vorkommen zu einer und derselben Zeit sehr leicht sein aun. Die Untersuchung des Blutes scheint mir in dieser Hinsicht icht so sichere Anhaltspuncte zu geben, als von Manchen behauptet ird; wenigstens fand ich in dem deutlich schwärzlichen Herzblute as Pigment nicht in solcher Quantität, als ich erwartet hatte, und ı mehreren Fällen von Intermittens mit schwereren Symptomen, ie z. B. in dem letzten von den bei Intermittens beschriebenen ällen, welcher sonst ganz hieher zu gehören scheint, ergab die ntersuchung des Bluts kein Pigment. Ich will hier der möglichen ngenauigkeit oder Unvollkommenheit der von mir angestellten ntersuchung gern Rechnung tragen, aber ich werde diese mit ielen anderen Aerzten theilen und es wird daher von diesem Mittel eine so allgemeine Anwendung gemacht werden können, als ünschenswerth wäre. Das Colorit der Kranken zeigte durchaus ichts Charakteristisches. Es leidet daher, trotz der sorgfältigen rbeiten von Planer, Frerichs u. A., unsere Kenntniss von dieser rankheit und die Diagnose derselben noch an vielen Mängeln, inem ausser dem genauer erforschten anatomischen Befunde, welcher eine genügende Erklärung giebt, zu den älteren Angaben über die nregelmässigen und bösartigen Wechselfieber wenig Neues hinzuekommen ist. Practisch lässt sich nur die Vorschrift bestätigen, ı zweifelhaften Fällen Chinin in grossen Gaben anzuwenden, weil asselbe bei richtiger Indication durch kein Mittel zu ersetzen und ei etwaigem Fehler in der Diagnose verhältnissmässig geringen ſachtheil herbeiführen wird.

Acute Exantheme.

charlach.

Der Bestand war am 1. Januar 1859	—	männl.,	3	weibl.
Aufgenommen wurden	7	„	12	„
Es starben	3	„	1	„
Bestand am 1. Januar 1860	—	„	3	„

Die vier Todesfälle betrafen zwei Geschwisterpaare. Bei beiden eigten die betreffenden Geschwister einen ganz ähnlichen Krankeitsverlauf; bei dem ersten Paare, einem Knaben von 4 und einem ädchen von 6 Jahren, war Entzündung und Vereiterung der Halsrüsen, bei dem zweiten, zwei jungen Männern von 18 und 20 ahren, nur dunkles Blut und Milzanschwellung zugegen. Alle ranke starben während des Bestehens des Ausschlages.

Ein 20jähriges Dienstmädchen bekam am achten Tage der Erkrankung, nachdem bisher der Verlauf der Krankheit milde gewesen war, in Folge einer Unterredung mit ihrem Liebhaber plötzlich hysterische Convulsionen, Krämpfe der Respirationsmuskeln, Delirien und endlich einen maniacalischen Zustand. Nach kalter Begiessung in einer trocknen Wanne kam sie bald zu sich und befand sich seitdem wohl.

Masern.

Von der stark verbreiteten, aber gelinden Masernepidemie, welche in Hamburg herrschte, kamen nur wenige Kranke nach dem Krankenhause und von diesen wurde noch ein grosser Theil als Blatternkranke geschickt. Bei weniger ausgeprägten catarrhalischen Erscheinungen, bei starkem Hervortreten des papulösen Exanthems ist eine Verwechslung der Masern mit dem eben hervorbrechenden Blatternausschlage viel leichter, als man von vornherein vermuthen sollte, namentlich wenn, wie hier, Masern- und Blatternepidemieen gleichzeitig in grosser Verbreitung herrschen.

Im Krankenhause wurden 13 männliche, 5 weibliche Kranke behandelt. Der Verlauf der Krankheit war sehr milde.

Blattern.

Die Blatternepidemie, welche im Jahre 1858 begann, dauerte 1859 nicht nur fort, sondern steigerte sich namentlich gegen Ende des Jahres noch bedeutend.

Der Bestand war am 1. Januar 1859 . . .	44 männl.,	11 weibl.
Aufgenommen wurden auf die Blatternstation	512 „	289 „
Es starben im Jahre 1859	14 „	10 „
Bestand am 1. Januar 1860	81 „	56 „

Von den Aufgenommenen war bei 13 männl., 3 weibl. die Diagnose irrthümlich. — Im Krankenhause selbst erkrankten 86 männl., 60 weibl.

Das bedeutende Material, welches eine so grosse Zahl von Blatternkranken lieferte, hätte leicht eine interessante wissenschaftliche Ausbeute liefern können, wenn nicht gerade durch die grosse Menge der Kranken die Zeit und die Kräfte der Aerzte, deren Zahl nicht vermehrt wurde, in zu grossem Maasse in Anspruch genommen wäre. Ich muss mich daher auf die folgenden kurzen Notizen beschränken.

Die Krankheit war im Allgemeinen sehr milde, obwohl einzelne schwerere Fälle vorkamen. Bei weitem die Mehrzahl der Kranken war in der Jugend geimpft und wurde nur von Varioloiden befallen, welche indessen bei Einzelnen dicht gedrängt waren. Es wurden aber auch in einzelnen Fällen Individuen von Varioloiden befallen, welche schon einmal Blattern gehabt hatten. Genauere statistische Notizen in dieser Beziehung werde ich erst im nächsten Jahre geben können.

In Betreff der Form, der Ausbreitung und des Verlaufs des Ausschlages kamen mancherlei Verschiedenheiten vor. Bisweilen zeigte sich ein sehr verbreitetes papulöses Prodromalexanthem, am unteren Theile des Leibes mitunter mit dichtgedrängten kleinen Petechien verbunden, ohne dass demselben jedesmal eine starke Blatterneruption oder ein schwerer Verlauf gefolgt wäre. In einigen Fällen war das Exanthem so sparsam, dass namentlich bei gleichzeitig vorhandenen Acnepusteln, die Diagnose mit Schwierigkeiten verbunden war. Die Verwechslung der Masern mit ausbrechenden Blattern habe ich oben schon angeführt. — Nicht selten bildeten sich die Bläschen des Ausschlags, sogar wo derselbe sehr gedrängt stand, zurück, ohne dass es zur Pustelbildung kam, es bildeten sich unbedeutende Krusten, nach deren Abfall eine Zeitlang erhabene Papeln zurückblieben. In anderen Fällen bildeten sich grössere, später mit Eiter gefüllte Bläschen ohne nabelförmige Vertiefung. Der Ausschlag war häufig an solchen Körperstellen stark entwickelt, welche kurz vor der Blatternerkrankung einer Reizung, wie durch Vesicatore oder dergleichen, ausgesetzt gewesen waren.

Abortiv ging das Exanthem in einem Falle durch ausbrechende Cholera zu Grunde. — Der Kranke, ein zwanzigjähriger, früher gesunder Knecht, hatte nach vorherigem Unwohlsein drei Tage vor seiner Aufnahme an heftigen Gliederschmerzen und Fieber gelitten, am Tage seiner Aufnahme zeigten sich am Körper, namentlich an den Händen und den Schenkeln, rothe, discrete Papeln, das Gesicht war geröthet, die Zunge trocken, der Stuhlgang träge, das Fieber lebhaft. Am folgenden Tage etwas geringeres Fieber, das Exanthem nicht weiter entwickelt, Oeffnung gebunden. Am 30. August, 36 Stunden nach der Aufnahme, Erscheinungen der asiatischen Cholera mit Stimmlosigkeit, aber noch anfangs mit gelblich gefärbten Ausleerungen, welche am Abend farblos wurden. Es stellte sich schon Tags darauf vollständige Reaction ein, am 4. September waren alle Erscheinungen von Krankheit verschwunden. Das

Exanthem war sogleich beim Eintritt der Cholerasymptome verschwunden und kehrte nicht wieder. Ein stricter Beweis, dass das Exanthem Variolois gewesen, ist freilich nicht zu führen, indessen spricht sowohl die Dauer der fieberhaften Vorboten vor dem Ausbruch des Ausschlags, sowie die Art derselben bei der vorhandenen starken Epidemie für Blattern, als anderntheils der nachherige Verlauf gegen Abdominaltyphus spricht, dessen Exanthem auch statt an den Extremitäten am Rumpfe erschienen sein würde.

Variola haemorrhagica wurde auch in diesem Jahre beobachtet; bei zwei männlichen und einer weiblichen Kranken nur mit Hauthämorrhagieen, bei einem Manne, welcher heftig tobte, mit starken Blutergiessungen unter die dura mater, das Unterhautzellgewebe, in die geraden Bauchmuskeln und den serösen Ueberzug des Herzens. Der Verlauf war in allen Fällen tödtlich.

Von den Kranken des Krankenhauses disponirten vorzüglich Reconvalescenten zur Blatternerkrankung, namentlich nach Typhus, acutem Rheumatismus und Cholera; auch beobachtete man die Blattern in einigen Fällen wenige Tage nach dem Verschwinden von Scharlach- oder Masernausschlag. Schwangerschaft und Wochenbett bedingten eine ungünstige Prognose; unter den gestorbenen zehn weiblichen Kranken waren drei Wöchnerinnen und eine im neunten Monat Schwangere. Letztere starb an Meningitis, welche im Decrustationsstadium entstand. Der sogleich nach dem Tode gemachte Kaiserschnitt, zu welchem vorher alle Vorbereitungen getroffen waren, förderte ein schwaches und noch nicht ganz reifes, aber lebendes Kind zur Welt, welches schrie und etwas sog, indessen schon nach fünf Stunden starb.

Unter den Complicationen und Nachkrankheiten sind zu erwähnen: verbreitete grössere und kleinere Abscesse mit und ohne Caries, Pyämie, Pleuritis, Pneumonie, Meningitis, Peritonitis, acuter Catarrh des Dickdarms. Augenaffectionen waren verhältnissmässig selten, abgesehen von der Entwicklung von Blatternpusteln am Rande der Augenlider. Bei confluirenden Pocken, starkem Eiterungsfieber und anderweitigen Vereiterungen zeigte sich Infiltration und schichtweise Abstossung der Hornhaut mit Hypopium. Einigemal trat Iritis ein, wurde aber allemal, ohne Residuen zu hinterlassen, geheilt. Erysipelas war im Ganzen häufig, vorzüglich wurde das Gesicht befallen. — Zweimal, bei einem männlichen und einer weiblichen Kranken, entstand Gangrän der Genitalien; bei der letzteren Kranken, einem dreijährigen Mädchen, mit tödtlichem Ausgange. — Ein

31jähriger Küpergesell wurde im Eiterungsstadium, nachdem er am Morgen sich wohler gefühlt hatte, von Eclampsie befallen und starb eine halbe Stunde darauf. Ausser dunklem Blute und etwas Bronchopneumonie, zeigten sich noch die Nieren geschwollen und blutreich, die Nierenbecken injicirt. — Delirium tremens war ziemlich häufig; von acht Fällen endeten drei, in denen confluirende Blattern vorhanden waren, tödtlich. Spätere Beobachtungen haben mich indessen zweifelhaft gemacht, ob alle Fälle, in welchen ein Zustand von Delirium tremens beobachtet wurde, wirklich auf Alcoholismus zurückzuführen sind, da sich die Erscheinungen auch bei jüngeren Leuten zeigten, bei denen ein Alcohol-Missbrauch in dem erforderlichen Grade nicht anzunehmen war. Der Charakter der Delirien, die Hallucinationen, das rastlose Umherwandeln, die zitternden Bewegungen und die Heilung durch den Schlaf waren indessen in allen Fällen vorhanden. — Eigenthümliche Hirnerscheinungen fanden sich bei einem 22jährigen Tischlergesellen, den ich nicht unter den Delirium tremens Kranken mit einbegriffen habe. Er hatte bei der Aufnahme weder Ausschlag, noch wurde ein Blatternausbruch erwartet; er klagte über Appetitmangel, etwas Kopfschmerz und Mattigkeit, fieberte nicht und gab ganz gehörige Auskunft. Einige Stunden später lag er völlig soporös, mit heftigem Fieber und wälzte sich im Bette herum. Blutigel an die Schläfen, Calomel dreistündlich zu griij und eine kalte Begiessung änderten zunächst wenig; der Kranke war die Nacht sehr unruhig und beschmutzte sich mehrmals. Am nächsten Morgen war er etwas mehr bei Besinnung und es zeigte sich nun eine beginnende Blatterneruption. Unter Fortdauer des Fiebers und der nächtlichen Unruhe entwickelte sich der Ausschlag stärker, am dritten Tage waren alle Hirnsymptome verschwunden, der Puls ruhig, der Ausschlag stark entwickelt: am fünften Tage gegen Abend trat ein dem Delirium tremens ganz ähnlicher Zustand ein, in welchem der Kranke etwas über 24 Stunden blieb, dann in einen tiefen Schlaf verfiel und aus diesem frei von Hirnerscheinungen und Fiebersymptomen erwachte. Es trat kein Eiterungsfieber ein, vielmehr erholte sich der Kranke von jetzt an rasch.

Einmal entstand eine acute melancholische Manie:

Eine schwächliche Frau, schon mehrmals im Krankenhause an Melancholie behandelt, wurde mit einem nicht bedeutenden Blatternausschlage aufgenommen, welcher schon im Zusammentrocknen begriffen war. In der zweiten Nacht ihres Aufenthaltes war sie etwas unruhig gewesen, am

dritten Tage war sie gänzlich verwirrt, aufgeregt, im Zustande der höchsten Angst, mit kleinem, frequenten Pulse und kühler Haut; der Urin musste mit dem Catheter entleert werden. Durch fortgesetzten Gebrauch starker Gaben von Opium beruhigte sich die Kranke in einigen Tagen, blieb noch etwas ängstlich, war aber sonst ganz vernünftig und konnte nach einigen Wochen entlassen werden.

Von den in der Blatternstation Gestorbenen sind nicht alle den Blattern selbst erlegen. Ein Mann starb an Magenkrebs, ein anderer an schon vor dem Blatternausbruche entstandener tuberculöser Pleuritis, eine herabgekommene anämische Frau an Lebercirrhose.

Rheumatismus.

Acuter Gelenkrheumatismus.

Bestand am 1. Januar 1859	7 männl.,	6 weibl.
Aufgenommen im Jahre 1859	76 „	38 „
Gestorben	4 „	3 „
Bestand am 1. Januar 1860	8 „	3 „

Von diesen Fällen waren bei 5 männlichen Kranken mehrere Gelenke ergriffen, aber kein Fieber zugegen; bei 8 männl., 1 weibl. war nur ein Gelenk befallen, theils mit, theils ohne Fieber. In diesen Fällen war fünfmal ein Fussgelenk, zweimal ein Knie, einmal ein Hüftgelenk und einmal eine Hand ergriffen. Der Tod erfolgte bei 1 männl., 1 weibl. Kranken durch Pericarditis, bei 1 männl. durch Endocarditis mit Morbus Brightii, bei 2 männl. 1 weibl. unter plötzlichem Eintritt von Beklemmung und Convulsionen, ohne anatomisch nachweisbare Todesursache, bei einer weiblichen Kranken durch Berstung eines Aneurysma einer kleinen Hirnarterie. Erscheinungen von Pericarditis waren zugegen bei 8 männl., 6 weibl., von Endocarditis bei 2 männl., 6 weibl., von Pneumonie bei 2 männl. Kranken. — Morbus Brightii war bei 1 männl., Peliosis bei 2 männl. Kranken zugegen. — Aeltere Herzaffection, von früherem Gelenkrheumatismus herstammend, fand sich bei 1 männl., 1 weibl. Kranken.

Die Sterblichkeit war bedeutend grösser, als im Jahre 1858; die meisten Todesfälle ereigneten sich in den ersten vier Monaten des Jahres; nur der mit älterer Herzaffection und Morbus Brightii complicirte Fall fiel in den Monat September; der im November erfolgte Todesfall durch Berstung des Aneurysma einer Hirnarterie ist gar nicht hierher zu rechnen.

Der fieberhafte Gelenkrheumatismus des Jahres 1859 zeigte sich öfter mit nervösen Symptomen leichterer und schwererer Art

complicirt, während die entzündlichen Complicationen gegen das Jahr 1858 etwas mehr zurücktraten. Auch in den beiden durch Hinzutritt von Pericarditis tödtlich verlaufenen Fällen waren frühzeitig nervöse Symptome zugegen. Die plötzlichen, meist lethalen Veränderungen, welche im Verlaufe des acuten Gelenkrheumatismus vorkommen, sind von langer Zeit her bekannt, doch, wie es scheint, in den letzten Jahren häufiger geworden und namentlich jetzt in Frankreich wieder mehr besprochen. Eine einigermassen befriedigende Erklärung dieses ganz unerwartet auftretenden und schnell verlaufenden Symptomencomplexes ist bis jetzt noch nicht gegeben. Um so mehr ist es von Bedeutung, hierher gehörige Fälle zu veröffentlichen, um wo möglich die Umstände näher kennen zu lernen, unter denen diese Veränderung eintritt. Ich theile daher die im Jahre 1859 im allgemeinen Krankenhause vorgekommenen Fälle mit.

Ein Dienstmädchen von 31 Jahren, am 11. Februar aufgenommen, hatte schon lange an Cardialgie mit häufigem Erbrechen, an Schmerz im linken Hypochondrium, an Anwandlungen von Ohnmacht und an unregelmässiger Menstruation gelitten. Schmerzen im Rücken und an den Beinen waren auch häufig zugegen. Vor etwa drei Wochen steigerten sich diese Beschwerden; der eigentliche Eintritt der jetzigen Krankheit ward durch das fast stets vorhandene Unwohlsein verdeckt, doch hatte sie am 6. Februar sich ins Bett legen müssen. Sie hatte eine heisse, schwitzende, mit Miliaria bedeckte Haut, einen Puls von 116 Schlägen, Schmerzen mit geringer Anschwellung in fast allen grösseren Gelenken. Die Zunge war weisslich belegt und geröthet, der Durst lebhaft, die Urinsecretion sparsam, der Stuhlgang etwas angehalten. Die Kranke gab an, öfter an Beklemmungszufällen zu leiden, doch liess die Untersuchung des Herzens keine Erkrankung desselben erkennen. Sie erhielt eine Auflösung von Nitrum. Nachdem etwa 24 Stunden nach ihrer Aufnahme ohne bemerkenswerthe Veränderung verflossen waren, klagte sie plötzlich über Angst und Beklemmung und erbrach mehrmals. Obwohl am Herzen nichts Krankhaftes nachzuweisen war, erhielt sie zehn Blutigel in die Herzgegend. Sehr bald gesellten sich jedoch allgemeine Convulsionen hinzu, auf welche vollständige Bewusstlosigkeit und zwölf Stunden nach Eintritt der Beklemmung der Tod erfolgte.

Section: Wohlgenährte Leiche. Arachnoidea wenig getrübt, unter derselben wenig Serum, nur an der Basis etwas röthliches Exsudat in der Gegend der Nervi optici; die Pia mater und die Hirnsubstanz blutreich. Die Lungen nach hinten blutreich und serös infiltrirt, sonst ohne Abweichung, die Bronchialschleimhaut mässig geröthet. Im Herzbeutel keine Flüssigkeit; das Herz in seinen Dimensionen nicht abnorm, in den Herzhöhlen, namentlich dem rechten Atrium, gelbe, stark durchfeuchtete Fibringerinnsel. An der Mitralklappe einzelne gelbliche Flecken und eine nicht bedeutende ältere Verdickung. — Die Leber etwas blass, die untere Fläche

des linken Lappens mit der kleinen Curvatur des Magens verwachsen. In der Magenschleimhaut hier, nahe der Cardia, ein ovalrundes, etwa $\frac{3}{4}$ " im längsten Durchmesser grosses, völlig vernarbtes Geschwür. Milz blass und weich. Nieren blutreich. Die inneren Genitalien desgleichen; im Cervix uteri ein aus dem Muttermunde hervorragender gefässreicher Schleimpolyp. — Die Venen des linken Oberschenkels varicös, in denselben lose, zum Theil entfärbte Fibringerinnsel.

Ein 26jähriger Arbeiter von kräftiger Constitution, am 24. März aufgenommen, litt seit sechs Tagen an acutem Gelenkrheumatismus. Die Haut war heiss und schwitzend, der Puls 104, voll und kräftig, der Stuhlgang etwas angehalten; ausser verschiedenen Gelenken war die Brust schmerzhaft und etwas Husten zugegen; beim Aufrichten ward die Wirbelsäule im oberen Theile ziemlich unbeweglich gehalten, ohne eigentlich zu schmerzen. Nirgends am Thorax abnorme Dämpfung, verbreitete Rasselgeräusche, Herztöne rein. (Inf. Digit. mit Nitrum.) In den nächsten Tagen etwas Nachlass des Fiebers, weniger der Brustschmerzen, dagegen die Gelenkaffection geringer. Leichte icterische Färbung der Conjunctiva; einmal Nasenbluten. Am 28. noch mehr Erleichterung; am 29. mehr Schmerzen im rechten Arme und beiden Kniegelenken; leichtes Reibungsgeräusch am Herzen, wesshalb sechs Blutigel gesetzt wurden, welche stark nachbluteten. Am 30. war das Reibungsgeräusch undeutlich, der Puls etwas beschleunigt, die Gelenkaffection mässig, der Kranke fühlte sich ziemlich wohl. Nachmittags 4 Uhr beim Besuche seiner Mutter plötzlich Verlust der Sprache, bald des Bewusstseins, unregelmässiger Puls; eine beabsichtigte Application von Blutigeln konnte nicht mehr stattfinden, da schon um 5 Uhr unter Convulsionen der Tod erfolgte.

An der kräftigen Leiche deutliche Fäulnissspuren bei der 19 Stunden nach dem Tode gemachten Section. Die Knochenvorsprünge der inneren Schädelfläche stark entwickelt, die Gefässfurchen tief: im Sinus longitudinalis ein gallertiges Fibringerinnsel und flüssiges Blut. Die Arachnoidea auf der Höhe der Hemisphären theils opalisirend, theils milchig getrübt, im Subarachnoidealraum ein etwas trübes wässeriges Exsudat in mässiger Menge. Die harte und weiche Hirnhaut, so wie das Gehirn sehr blutreich, in den Sinus an der Schädelbasis dunkles flüssiges Blut; die Ventrikel fast leer, das Ependyma etwas erweicht, die Plexus blutreich. Die Lungen nach hinten serös angeschoppt, mässig blutreich, nach unten zum Theil fleischartig verdichtet, die Bronchialschleimhaut geröthet, die kleineren Bronchialäste mit eitrigem Schleim erfüllt. An der Stelle wo die linke Mediastinalpleura das Fettgewebe auf dem Herzbeutel überzieht, eine schwache, membranartige, durchscheinende Exsudatschicht auf derselben, mit Injection und Verdichtung des unterliegenden Fettzellgewebes. Sonst weder im Herzbeutel, noch in den Pleurahöhlen Exsudat, ausser einer geringen Menge blutiger Flüssigkeit. Der Herzbeutel und die Herzoberfläche an einzelnen Stellen mit Ecchymosen bedeckt, im Herzen wenig flüssiges Blut, kein Gerinnsel, dunkelrothe Imbibition des Endocardium, keine Veränderung an den Klappen. — Leber, Milz und Nieren blass und mürbe und schon von Fäulniss angegriffen, deren Spuren auch am Darm-

canal deutlich waren. Die Substanz des Rückenmarkes gleichmässig weich, ohne Veränderung der Farbe und der sonstigen Beschaffenheit.

Ein 28jähriger Bäckergesell, am 28. März aufgenommen, litt seit drei Tagen an schmerzhafter Gelenkanschwellung mit Fieber. Die Pulsfrequenz war nicht bedeutend, die Zunge roth und etwas trocken, dabei mässiger Schweiss, der sich am 1. April steigerte. Die Erscheinungen blieben im Wesentlichen unverändert bis zum 4., wo der Kranke ausser geringer Steifigkeit sich wohl befand; Abends ward er plötzlich beklommen, dann bewusstlos und starb bald darauf. — Wohlgenährte Leiche, blasse Hautdecken, normal gefärbte Muskeln. Schädel etwas asymmetrisch; Arachnoidea nur an der Basis etwas getrübt, wenig Serum unter derselben; weiche Hirnhaut und Hirnsubstanz blutreich, letztere von normaler Consistenz; wenig Flüssigkeit in den Ventrikeln, das Ependyma etwas verdichtet. — Bei der Untersuchung der Brust- und Bauch-Höhle schon deutliche Fäulnissspuren, an den Lungen ausser vermehrtem Blutreichthum der hinteren Abschnitte keine wesentlichen Veränderungen. In den grösseren Gefässen und dem Herzen dunkles, flüssiges Blut, mit Imbibition der Wandungen, nur im rechten Atrium ein geringes weiches Fibringerinnsel. Die Herzmusculatur auffallend blass und mürbe, schon von Fäulniss ergriffen. Milz gross, dunkel, weich, mit entwickelten Malpighischen Körpern. Die Nieren ziemlich gross, blutreich, die Rindensubstanz hellröthlich, in den Papillen trüber Harn. Am Mesenterium sehnige Verdickungen Die solitären Drüsen der Schleimhaut des Ileum etwas geschwollen, von weisslicher Farbe. Im Magen flüssiger Speisebrei.

Mit nervösen Symptomen, aber mit günstigem Ausgange, verliefen auch die folgenden Fälle:

Ein 27jähriges Dienstmädchen wurde am 20. März mit acutem Gelenkrheumatismus aufgenommen. Sie fieberte lebhaft, klagte über Herzklopfen und grosse Schmerzen. Obwohl am Herzen physikalisch keine Abweichung gefunden wurde, erhielt sie doch Schröpfköpfe auf die Brust und Digitalis, dazu einige Gaben Morphium. Am 23. war deutliches Reibungsgeräusch am Herzen zu hören; das Beklemmungsgefühl und die Gelenkschmerzen waren lebhaft. Um so auffallender war es, als die Kranke bei dem ärztlichen Abendbesuch sich ausserordentlich wohl befand und von einer Veränderung in ihrer Brust erzählte, welcher ein vollständiges Wohlbefinden gefolgt sei. Eine Viertelstunde später bekam sie einen tobsüchtigen Anfall mit heftigem, anhaltenden Schreien, mit grosser Aufregung des Pulses und der Respiration, bei blassem Gesichte. Eine starke Auflösung von Brechweinstein, kalte Uebergiessungen in der trocknen Wanne, ein grosses Vesicator, auf die Brust gelegt, waren Anfangs ohne Erfolg, doch ward die Kranke nach Mitternacht ruhiger, beschmutzte sich über einige Mal. Am 24. war sie bei Besinnung, sehr matt, klagte wieder über Schmerz und Schwerbeweglichkeit in den Gelenken (Acid. muriatic.) Im Verlauf des Tages schlief sie einige Stunden; am Abend war sie beängstigt und klagte über ein zusammenschnürendes Gefühl im Schlunde. Nach einer nassen Einpackung ward sie wohler und schlief die Nacht gut;

die Haut war weich und feucht, die Pulsfrequenz mässig, einige Gelenke noch schwerbeweglich und schmerzhaft. Am 25. Abends traten wieder Beängstigungen ein, welche wieder einer nassen Einwicklung wichen. Am 26. Abends erbat sich die Kranke selbst eine solche, da sie wieder weniger wohl sei. Von jetzt an trat sie allmählich in die Reconvalescenz ein. Die Aengstlichkeit zeigte sich nur in geringem Grade wieder, als sie nach einigen Tagen aus dem einsamen Zimmer, in welches sie gebracht war, wieder in ein Zimmer mit anderen Kranken verlegt werden sollte.

Ein 27jähriger Tischler, angeblich früher gesund, aber als trunksüchtig bezeichnet, litt bei seiner Aufnahme am 23. Mai seit vierzehn Tagen an Gelenkschmerzen und Fieber. Die Gelenke waren stark geschwollen, im Verhältniss dazu wenig schmerzhaft; ausser den grösseren Gelenken waren auch mehrere Fingergelenke ergriffen. Er schwitzte stark, die Haut war mit Miliaria bedeckt: der Puls mässig frequent, gross und kräftig, die Zunge schmutzig belegt, der Stuhlgang regelmässig. Die physikalische Untersuchung der Brust ergab an einzelnen Stellen Rasselgeräusche; am Herzen nichts Abnormes. In der Nacht sollte der Kranke lebhaft delirirt haben; die Hände und die Zunge zitterten beim Vorstrecken. (Mixt. nitros. — Abends pulv. Dower.) In der Nacht war der Kranke ruhig, sprach aber am Morgen verwirrt, die Pulsfrequenz hatte zugenommen; die Zunge war mehr bräunlich belegt. Gegen Abend zeigte sich mehr Zittern und Unruhe; nach einigen Gaben von Pulv. Dower. Ruhe und etwas Schlaf; der Puls am andern Morgen 96, gross und kräftig. Am Herzen deutliches Reibungsgeräusch wahrzunehmen; der Stuhlgang einmal, dünn. Die Verwirrtheit fortdauernd, dabei stets Zittern der Hände. (8 Blutigel in die Herzgegend; Abends wieder einige Gaben Pulv. Dower.) Am 26. unwillkürliche Ausleerungen, Unruhe und Zittern fortdauernd. Am 27. Zucken der Muskeln, des Gesichts und der Extremitäten, wenn der Kranke schlummerte, der Puls schwächer, das Reibungsgeräusch am Herzen stark; beginnender Decubitus. (Vesicans auf die Brust.) Der Kranke war im Ganzen mehr ruhig. Am 28. mehr freieres Sensorium, Ausleerungen willkürlich; mehrmals Durchfall. Der Puls wieder kräftiger. Abends mehr Unruhe, die sich in der Nacht so steigerte, dass der Kranke befestigt werden musste. Am 24. trockne Zunge: auf dem Körper einzelne Roseola-Flecke; Puls 100, ziemlich kräftig. Die linke Parotis geschwollen. In der Nacht ruhiger Schlaf ohne Opium; am 30. freies Sensorium, feuchte Zunge, etwas Husten mit schleimigem Auswurf, Puls 84. Am 31. fortdauernde Besserung, Abnahme der Anschwellung der Parotis, Puls ruhig. Zunge feucht und reiner; mässiger Durchfall. Von jetzt an beginnende Reconvalescenz, doch blieben die Gelenke noch etwas geschwollen und schmerzhaft und erforderten später die Anwendung von Colchicum innerlich und von Jodtinctur äusserlich, neben spirituösen Einreibungen und Heilgymnastik. Die Herzaffection war ganz geschwunden.

Ein 28jähriger Arbeitsmann, ebenfalls dem Trunke ergeben, ward ohne genaue Anamnese am 23. November 1858 aufgenommen. Er klagte über starke Schmerzen im linken Ellenbogengelenk, schwitzte stark, hatte einen beschleunigten mässig kräftigen Puls, trägen Stuhlgang und eine

weisslich belegte Zunge. (Nitrum mit Magnesia sulphurica.) Des Morgens war der Kranke einsilbig, mürrisch, des Nachts delirirte er lebhaft und war schwer im Bette zu erhalten. (Acidum muriaticum.) Bei fortdauernder Benommenheit des Sensorium traten die Schmerzen, über welche er anfänglich klagte, in den Hintergrund, am 28. jedoch waren mehr Klagen über Schmerz in den geschwollenen Fingergelenken vorhanden, dabei stets Fieber, Puls von 92—100 Schlägen, heisse, brennende Haut, stark belegte, im Verlaufe der Krankheit sich an den Rändern mehr röthende Zunge, und etwas Durchfall. Die Fingergelenke waren stets geschwollen, die Schmerzen im Ganzen nicht bedeutend. Erscheinungen von Ergriffensein der Lungen oder des Herzens waren nie zugegen. Am 8. Januar liess das Fieber bedeutend nach, der Appetit hob sich etwas, die Klagen über Schmerzen in den Gelenken nahmen aber etwas zu. Am 12. Januar war das Fieber verschwunden, aber noch etwas Affection der linken Schulter vorhanden. Am 18. vollständige Reconvalescenz.

Bei einem 24jährigen Stuhlmachergesellen, welcher seit dem 10. März im Krankenhause wegen acutem Gelenkrheumatismus war, wurden wegen Verschwindens der Gelenkschmerzen und gleichzeitiger Steigerung des Fiebers, bei trockner, brennend heisser Haut, ohne nachweisbare Herzerkrankung, aber bei Beklemmungsgefühl am 15. und 16. nasse Einpackungen angewendet. Der Kranke fühlte sich jedesmal sehr erleichtert, die Haut wurde weich und feucht, das Fieber geringer. Später erschienen die Gelenkschmerzen wieder, bei geringem Fieber.

Das plötzliche Aufhören der Gelenkschmerzen beim fieberhaften Gelenkrheumatismus, bei fortdauerndem Fieber, namentlich bei trockener Haut, bei Veränderungen in dem Allgemeinbefinden, sowohl mit gleichzeitigem Angstgefühl als bei abnormer Euphorie geht bekanntlich öfter den tödtlichen nervösen Zufällen vorher. Frühere Erfahrungen von der günstigen Wirkung nasser Einwickelung unter ähnlichen Umständen veranlassten auch in diesem Falle zur Anwendung derselben.

An **Muskel-Rheumatismus** litten 73 männliche, 22 weibliche Kranke. Bei 8 männlichen und einer weiblichen Kranken war gleichzeitig Fieber zugegen. Am Ende des Jahres blieb nur 1 männlicher Kranker in Behandlung.

Chronischer Rheumatismus.

Bestand am 1. Januar 1859: 4 männl., 3 weibl. Kranke; aufgenommen wurden 15 männl., 6 weibl. Es wurden entlassen: geheilt 7 männl., 1 weibl., gebessert 5 männl., 2 weibl., ungeheilt 2 weibl. Bestand am 1. Januar 1860: 7 männl., 4 weibl. Kranke. Unter den geheilten Fällen waren meist solche, in welchen der

auffallend günstige Erfolg des Jodkali den Verdacht auf syphilitischen Ursprung rechtfertigte. In den übrigen Fällen war das Uebel noch nicht sehr eingewurzelt gewesen. Häufig wurden nur kürzlich entstandene Verschlimmerungen des alten Leidens beseitigt, wobei die Tinct. Sem. Colchici sich sehr nützlich bewährte.

Chlorosis und Anämie.

Zum Bestande von 6 Kranken mit Chlorosis, welche am Anfange des Jahres 1859 vorhanden waren, kamen im Laufe des Jahres noch 16 hinzu. Am Ende des Jahres blieben noch 8 in Behandlung.

Anämie kam vor bei einer 57jährigen Sattler-Frau ohne nachweisbare Ursache, bei einem 26jährigen Dienstmädchen nach Blutverlust im Wochenbett, bei einer 23jährigen Amme nach lange fortgesetztem Stillen, bei einem 42jährigen Arbeitsmann nach starkem Nasenbluten, bei einem 26jährigen Matrosen nach einer nicht näher zu ermittelnden Krankheit, welche er in Java überstanden, ferner bei einem 28jährigen Schneidergesellen, einem 24jährigen Tischlergesellen und einem 26jährigen Matrosen ohne auffindbaren Grund. In allen Fällen erwies sich der Gebrauch des Eisens neben guter Diät hülfreich.

Es versteht sich von selbst, dass unter den Fällen von Chlorosis und Anämie nur solche begriffen sind, bei welchen diese Symptome die hauptsächlichen und vorherrschenden waren und welche sich nicht auf andere Krankheitsprocesse zurückführen liessen.

Scorbut.

Von Scorbut kamen nur wenige Fälle zur Behandlung; von diesen waren drei bei Matrosen, einer bei einem 27jährigen Schustergesellen. Letzterer, früher stets gesund und in guten Verhältnissen lebend, hatte drei Wochen vor seiner Aufnahme den Appetit verloren und sich matt gefühlt, ohne sonstige Krankheitssymptome, als etwas verzögerten Stuhlgang. Zwei Tage vor der Aufnahme bekam er kleinere und grössere Petechien und Ecchymosen auf beiden Beinen, welche bei der Aufnahme verschiedene Farben spielten. Dabei hatte er etwas Schmerzen in den nicht geschwollenen Kniegelenken. Er war etwas abgemagert, aber von wenig blassem

nicht cachectischen Aussehen. Das Zahnfleisch war nicht geschwollen. Er hatte kein Fieber und schon wieder besseren Appetit. Der frisch ausgepresste Citronensaft hatte in diesem, wie in den übrigen Fällen einen schnellen Erfolg; der Kranke verliess schon nach 10 Tagen wieder das Krankenhaus.

Ein Fall von **Purpura haemorrhagica** wurde bei einer 61jährigen Sattlers-Wittwe beobachtet.

Sie war 4 Wochen vor ihrer Aufnahme erkrankt, hatte gleich anfangs Blutflecken an verschiedenen Körperstellen bekommen, dazu starken Blutverlust aus der Nase und der Scheide. Bei der Aufnahme war sie sehr collabirt, von blutleerem Ansehen, hatte einen kleinen unregelmässigen Puls und konnte anfangs vor Schwäche wenig Auskunft geben. An den Extremitäten waren viele dunkle Petechien; die Nasenlöcher waren mit Charpie verstopft, eine Blutung aus der Scheide nicht mehr vorhanden. Am Herzen hörte man starkes systolisches Blasen. Nach Anwendung von Tinct. Cinnamomi mit Phosphorsäure hoben sich der Puls und die Hautwärme etwas. Der Schlaf war ruhig und die Kranke am andern Morgen im Stande mehr Auskunft über sich zu geben. Trotzdem, dass die Kranke die Charpie aus der Nase entfernte, trat keine Blutung ein. Die zweite Nacht war ebenfalls ruhig; die Besserung hielt den dritten Tag noch an, in der dritten Nacht ward die Kranke sehr unruhig, wollte aus dem Bette, klagte über heftigen Durst, sank dann gegen Morgen zusammen und starb im Verlauf des Tages. Sie hatte in der letzten Zeit Eisen genommen. Section: Wohlgenährter Körper, bleiche, an verschiedenen Stellen mit Petechien bedeckte Hautdecken, ziemlich dunkelrothe Muskeln, dunkelgelbes Fett. Schädeldach blass, mässig dick, der Sinus longitudinalis superior leer, in den tranversis blasses Blut mit gallertigen Fibringerinnseln. An der Innenfläche der Dura Mater, auf der Mitte der linken Hemisphäre, ein silbergroschengrosses, theilweise verknöchertes Sarcom (das Nähere bei den Gehirnkrankheiten), welches einen seichten Eindruck in die Hirnrinde gemacht hatte. Die Innenfläche der Dura Mater war an mehreren Stellen mit Blutextravasaten und gallertigen, membranartigen Gerinnseln bedeckt, übrigens nicht verdickt. Die Arachnoidea getrübt, fein granulirt, im Gewebe der Pia Mater sowohl auf der linken Hemisphäre, als auf dem kleinen Gehirn Ecchymosen und Petechien. Das Gehirn selbst sehr blutarm. Beide Lungen nach hinten stark serös infiltrirt, im oberen Lappen der linken an der Oberfläche eine kleine keilförmige Verdichtung von blassrother Farbe und körniger Schnittfläche; der rechte untere Lappen durch eine nicht unbeträchtliche Menge klarer Flüssigkeit etwas comprimirt. Beide Lungen vorn blass und trocken. — Auf der Herzoberfläche und unter dem Endocardium ausgedehnte Sugillationen. Das Herz schlaff, beide Höhlen leer, die Klappen ohne Veränderung, die Musculatur gelblich und mürbe. Die Leber klein, am vorderen Rande etwas zugeschärft, blassbraun, von gleichmässigem Ansehen, etwas zähe. Auf der convexen Fläche eine ziemlich starke Schnürfurche; die Galle dunkel. Milz von normalem Umfange, die Kapsel wenig getrübt, die Pulpe dunkelroth, fest,

das Balkengerüst entwickelt. — Die Nieren von normaler Grösse, dem Ueberzuge fest anhängend, die Rindensubstanz schmutzig blassgelb, in der linken ein kleines rundes Fibroid. — Im Mesenterium viel Fett, die Magenschleimhaut etwas ecchymosirt und aufgelockert; im Magen- und Darm canal schwärzlicher Inhalt, die Peyerschen Drüsengruppen etwas schwärzlich pigmentirt. Auch die Schleimhaut des Colon und Rectum schwärzlich gefärbt. Die inneren Genitalien unter sich und mit dem Rectum verwachsen, atrophisch, in der Höhle des Uterus etwas zäher Schleim. Die Blasenschleimhaut schwärzlich pigmentirt.

Leucaemia.

Von dieser Krankheit wurden die folgenden beiden Fälle beobachtet:

Die 33jährige Frau eines Arbeitsmannes wurde am 8. August aufgenommen. Sie klagte über häufigen und starken Blutverlust aus der Scheide, welcher zur Zeit der Menstruation eintrete, aber durch Dauer und Quantität das Mass beträchtlich überschreite. Sie war etwas abgemagert, bleich, hatte guten Appetit, etwas trägen Stuhlgang, kein Fieber. Im etwas, aber nicht bedeutend, aufgetriebenen Leibe fühlte man eine grosse harte, schmerzlose Geschwulst, von ganz ebener Oberfläche und so genau an der Mittellinie des Leibes abgegrenzt bis zum Becken hinabragend, dass sie anfänglich für eine Infiltration der Bauchmuskeln imponirte. Der matte Percussionston ging indessen unmittelbar in die Milzdämpfung über. Die Untersuchung der Scheide ergab einen weichen, etwas eröffneten Muttermund, sonst keine Abweichung. Bei Anwendung von Mineralsäuren mit Opium trat die Blutung nicht wieder ein. Die Kranke schien sich zu erholen und verliess das Bett. Anfangs September fingen sowohl die Füsse, als der Leib an zu schwellen. Die Trennung der Bauchdecken von der Geschwulst durch die Wasseransammlung hob jeden Zweifel über die Natur der Anschwellung, die als ein enormer Milztumor nicht mehr verkannt werden konnte. Die Untersuchung des Blutes ergab auch später eine bedeutende Vermehrung der farblosen Körper. Chinin und Eisen, daneben Tartarus boraxatus blieben ohne Erfolg. In der zweiten Hälfte des September entstanden grosse Ecthymapusteln an der Stirn, den Lippen, den äusseren Genitalien und den Oberschenkeln. Eine jetzt eingeleitete Behandlung mit Jodkali hatte anfangs einen ziemlich guten Erfolg. Der Hydrops nahm ab, die Ecthymapusteln heilten. Die Kranke wurde indessen anfangs October wieder matter und bleicher. Sie erhielt wieder Chinin mit Eisen: anscheinend war der Erfolg günstig, die Milzanschwellung schien abzunehmen, die hydropische Anschwellung blieb gering, die Kranke war heiter und hoffnungsvoll, hatte lebhaften Appetit. Am 4. November stellte sich auf einmal heftiges Nasenbluten ein; die Tamponade stillte dieses zwar dauernd: gleichzeitig aber war Fieber mit Leibschmerz und reichlichem Durchfall eingetreten. Letzterer trotzte allen Mitteln, die Kranke collabirte rasch und starb am 8. November.

Section: Körper abgemagert, das Unterhautzellgewebe serös infiltrirt, die Muskeln blass. — Schädeldach blass, ziemlich dick. Unter der wenig getrübten Arachnoidea ziemlich viel Serum. In den Gefässen der harten und weichen Hirnhaut keine Gerinnsel; in den Seitenventrikeln wenig Serum, das Ependyma des vierten Ventrikels granulirt: die Gehirnsubstanz blass und glänzend. — In den grossen Hals- und Brustgefässen dünnes, wässeriges Blut und sparsame, weiche, röthlich weisse Gerinnsel; in der rechten Herzhälfte neben flüssigem Blute eine grosse Menge schmutzig weissen Gerinnsels. Das Herzfleisch von guter Farbe, die Dimensionen des Herzens normal, die Klappen ohne Abweichung. — Die Lungen blutleer, stark serös angeschoppt. — Die Leber stark vergrössert, auf der Oberfläche des rechten Lappens eine nicht bedeutende Trübung des serösen Ueberzuges und hie und da verästelte Trübungen von obliterirten Gefässverzweigungen Die Farbe und Consistenz der Leber von ganz normaler Beschaffenheit, nur an der Peripherie des linken Lappens eine erbsengrosse, weissliche Ablagerung aus ziemlich festem Bindegewebe mit dazwischen gelagerter Lebersubstanz bestehend. — Die Milz ausserordentlich stark vergrössert, bis tief in die Beckenhöhle ragend, prall, fest, auf dem Durchschnitte blutroth, sehr gleichmässig von wächsernem Glanze, an einzelnen wie eingestreueten Puncten dunkler roth gefärbt. — Die Corticalsubstanz der Nieren blass, gelbröthlich, derbe, wachsartig glänzend, die Glomerali als kleine durchscheinende Granulationen auf der Schnittfläche hervortretend. Auf der Oberfläche beider Nieren kleine Cysten und rundliche weissgelbe Ablagerungen von Stecknadelknopfgrösse, allmählich in das umgebende Gewebe übergehend. Magenschleimhaut aufgelockert, mit röthlichem Schleime bedeckt. Die Schleimhaut des Dünndarms ohne bemerkenswerthe Veränderung, auf derselben einzelne nicht anhaftende Flocken geronnenen Blutes. Von der linken Hälfte des Colon transversum bis zum Rectum hinab, war die Schleimhaut geröthet, geschwollen und in ausgedehnten Strecken oberflächlich geschwürig. Im rechten Ovarium ein grosses Corpus luteum. Sonst an den Genitalien keine Veränderung.

Ein 32jähriger Arbeitsmann ward am Abend des 23. August aufgenommen. Nach Angabe des früheren Arztes war der Kranke dem Trunke ergeben gewesen und hatte im Mai 1859 an Ascites gelitten. Nach Beseitigung desselben zeigte sich die Leber und Milz vergrössert. Die Anschwellung hatte seitdem bis zu einem hohen Grade zugenommen. Der Urin hatte keinen Eiweissgehalt gezeigt. In den letzten Tagen waren Erscheinungen von Anämie mit Hirnsymptomen, sowie ein fieberhafter Zustand hinzugetreten: abwechselnd mit Verstopfung hatte sich blutiger Durchfall eingestellt. — Der Kranke war von kräftigem Körper, das Gesicht geröthet, die Haut des Rumpfes bleich, an den Füssen etwas Oedem. Der Leib stark ausgedehnt, theils durch Flüssigkeit, theils durch meteoristische Auftreibung der Gedärme, theils durch eine enorme Vergrösserung der Leber und Milz. Der Kranke klagte über Schmerzen im Leibe, war sehr kurzathmig, was zum Theil durch die Aufwärtsdrängung des Zwerchfells bedingt war, doch zeigte sich auch bei der Untersuchung in den hinteren Lungenpartien verbreitetes Knisterrasseln. Der Puls war sehr

beschleunigt, die Hauttemperatur erhöht. Der blutige Durchfall hatte sich in den letzten Tagen nicht gezeigt. Die schon von dem früheren Arzte auf Leucämie gestellte Diagnose, sollte am anderen Tage durch die Untersuchung des Blutes bestätigt werden, doch war der Kranke schon um 6 Uhr Morgens gestorben.

Die Hautvenen des Rumpfes und der Extremitäten waren ausgedehnt und mit dicken, durch die Haut fühlbaren, weisslichen Gerinnseln erfüllt, das flüssige Blut war schmutzig roth. Die innere Schädelfläche etwas verdickt, von weisslicher Färbung mit vielen und tiefen Gefässfurchen. In den Sinus der harten Hirnhaut schmutzig weissröthliche Blutgerinnsel, mit dicken weissen Pfröpfen gemischt; ähnlich verhielten sich die Gefässe der weichen Hirnhaut. Die Arachnoidea war etwas getrübt, unter derselben war wenig Serum, die weiche Hirnhaut und die Gehirnsubstanz waren blutreich, das Blut überall von chocoladeähnlicher Färbung. In den Venis choroideis ebenfalls weissliche, verschiebbare Pfröpfe. Wenig Flüssigkeit in den Ventrikeln; das Ependyma verdichtet, im vierten Ventrikel granulirt, die Hirnsubstanz etwas zähe. — An der Thoraxwand befand sich in der einen Dentation des linken M. Serratus anticus major ein Extravasat von chocoladefarbigem Blut. Die Lungen nach oben zellig angeheftet; die unteren Lappen an der Basis und einem Theil der vorderen Fläche mit einer dünnen, weichen, membranartigen Exsudatschicht bedeckt; es fanden sich hier oberflächlich gelegene, nicht zahlreiche, halb zerfallene, schmutzige Verdichtungen, mit gelbem Rande, scharf abgegrenzt, von rundlicher Form. In den Lungengefässen braunrothe, weiche Gerinnsel und feste weisse Pfröpfe. — Das Herz ausgedehnt, mit mürben, schmutzig weissröthlichen Gerinnseln angefüllt. Der linke Ventrikel etwas erweitert, die Wandung verdickt; die Mitralklappe am freien Rande etwas verdickt und geschrumpft. Die Wandung des rechten Ventrikels ebenfalls etwas hypertrophisch. An der Schleimhaut des Rachens und Kehlkopfes ausser etwas Blutreichthum keine Veränderung. — Die Leber beträchtlich vergrössert, 13½ " Par. breit, der linke Lappen 8¾ ", der rechte 11½ " lang, der Dickendurchmesser 4 ", Gewicht ungefähr 10½ Pfd. Das Gewebe prall, blass, leicht zerreisslich, die Acini mässig gross; die Galle hell braungelb, flüssig. In der Vena cava und Portarum ähnliche Gerinnsel, wie in den übrigen grossen Gefässen. Die Milz ebenfalls beträchtlich vergrössert; 11 " lang, 7 " breit, 3¾ " dick, Gewicht 5¼ Pfd., daneben eine Nebenmilz von 4½ " Länge, 3½ " Breite, 1½ " Dicke und ½ Pfd. Gewicht. Beide gespannt, schmutzig blassroth, weich und sehr zerreisslich. Die Corticalsubstanz der Nieren aufgelockert, an der Kapsel ziemlich fest anhängend, die Oberfläche glatt, etwas injicirt, in den Papillen trüber Urin. Einige Lymphdrüsen in der Gegend des Tripus Halleri stark geschwollen, weisslich infiltrirt, sonst die retroperitonealen Drüsen wenig geschwollen. Die Schleimhaut des Magens hell geröthet, aufgelockert, mit zähem, etwas röthlichen Schleim bedeckt; die Mesenterialdrüsen geschwollen, weisslich, platt; im Mesenterium einzelne Ecchymosen. Im Darmcanal dünne Fäces, die solitären und Peyer'schen Drüsen des Ileum etwas vergrössert, weisslich infiltrirt.

Constitutionelle Syphilis.

Bei den Sectionen wurden bei 4 männl., 4 weibl. Kranken gummöse Ablagerungen und ihre Folgen gefunden, zum Theil mit, zum Theil ohne deutlich nachweisbaren Zusammenhang mit früherer syphilitischer Erkrankung.

Eine 46jährige Arbeitsmanns-Wittwe litt lange an reissenden Schmerzen im Kopfe und den Extremitäten; am linken oberen Orbitalrande hatte sie einen allmählich entstandenen tief liegenden Abscess, welcher nach einem Einstich langsam heilte. Ihr Aussehen war bleich und cachectisch, die Verdauungsorgane schienen gesund, es war etwas alter Bronchialcatarrh zugegen. Nach dem Gebrauche von Jodkali besserten sich die Schmerzen in den Extremitäten bedeutend, dagegen traten Kopfschmerzen noch öfters ein. Diese erschienen 3 Tage vor ihrem Tode mit Heftigkeit wieder; nach zwei Tagen verlor sie das Bewusstsein vollkommen, ohne dass Lähmung zu bemerken war, und ohne fieberhafte Bewegung. Die Agonie war von fast 48stündiger Dauer.

Bei der Section fand man in der Mitte des Stirnbeins einen unregelmässig geformten, vollständig vernarbten Substanzverlust mit abgerundeten Rändern ohne Osteophytbildung in der Umgebung. Das Stirnbein war verdickt, sclerosirt, auf der Innenfläche mit einer porösen Osteophytschicht bedeckt. Arachnoidea wenig getrübt, die Pia mater, sowie die Hirnsubstanz mässig blutreich, die Marksubstanz zähe; in den Seitenventrikeln wenig Flüssigkeit, der vierte Ventrikel erweitert. Die Lungen an den vorderen Theilen emphysematös, nach hinten serös infiltrirt. Die Bronchialschleimhaut dunkel geröthet. — Alte Trübungen auf der Herzoberfläche, die Mitral- und Aortaklappen mit kleinen, festen, warzenförmigen Excrescenzen besetzt. — Die Leber im Querdurchmesser beträchtlich verkleinert, die Oberfläche an vielen Stellen narbig eingezogen; es waren dies zum Theil nur Verdickungen des serösen Ueberzuges, zum Theil drang von diesen Stellen aus ein festes fibröses Gewebe ziemlich tief in die Lebersubstanz hinein, in welchem ein trocknes, weissgelbes, festes Gewebe eingebettet war, welches sich leicht herausschälen liess. An einer Stelle der concaven Fläche der Leber, nahe der Pforte, ragte die Ablagerung in Form eines flachen Knotens etwas über die Oberfläche empor. Die Gallenblase war in einen kleinen Sack mit schwieligen Wandungen und mit zähem glasshellen Inhalt verwandelt, der Ductus hepaticus sehr erweitert, das Lebergewebe dunkelbraun, grobkörnig, ziemlich brüchig. — Die Milz schlaff, mürbe, schmutzig roth. — Die Nieren beiderseits verkleinert, die Oberfläche höckerig, mit der Kapsel fest verbunden, in der weissröthlichen Corticalsubstanz viele glattwandige mit Serum erfüllte Cysten. Mässiger Catarrh des Nierenbeckens. — Die Vaginalschleimhaut und die Schleimhaut des Muttermundes mit schwärzlichen Flecken besetzt und mit Schleim bedeckt. Die Untersuchung der Schlundorgane und der äusseren Genitalien liessen keine Spuren einer syphilitischen Affection erkennen.

Bei einer 68jährigen Arbeitsmanns-Wittwe, welche an hämorrhagische Peritonitis und an Blutung des Darmcanales starb, fand sich eine seh feste Verwachsung der Leberpforte mit dem Colon transversum und der Duodenum; die Gallenblase war schwielig verdickt und um einige Stein fest zusammengezogen. Das Lebergewebe war hier vollkommen in ein schwielige Masse verwandelt, in welcher sich eine trockene, weissgelb feste Masse eingebettet befand. Die Leber hatte ausserdem noch weich und festere Markschwammknoten. — Andere Spuren von früherer Syphili wurden nicht gefunden.

Bei einem 51jährigen Schiffsknecht, welcher am 6. August an de Cholera starb, war der linke Leberlappen und der vordere Rand de rechten etwas geschrumpft mit Verdickung des serösen Ueberzuges. Au der Oberfläche der Leber an mehreren Stellen narbige Einziehungen. An vielen Stellen der Leber, sowohl an der Peripherie, als in der Tiefe, vor zugsweise an der unteren Fläche des linken Lappens und in der Umgebung der Vena cava waren schwielige, rundliche Verdichtungen des Parenchyms, meist nicht scharf vom Lebergewebe abgegrenzt, welche in de Mitte eine weichere Beschaffenheit zeigten; theils quoll diese als zusammen hängende, weissgelbe Masse über die Schnittfläche empor, theils war si zu einem dicken käsigen Brei zerflossen. Der linke Lappen war auch durch zellige Stränge mit dem Zwergfell verbunden. An den Schlund organen und den Geschlechtstheilen keine Spuren früherer Syphilis.

Bei einer 53jährigen Tagelöhnerin, welche am 9. September an de Cholera starb, fand man in der weichen, blassen, grobkörnigen Leber in dem rechten Lappen, sowohl auf der oberen als der unteren Fläche, des gleichen in der Tiefe der Substanz einzelne unregelmässig umschrieben Heerde von schwieligem Bindegewebe, in welchen eine feste, gelbweisse trockne Masse befindlich war, welche sich leicht ausschälen liess, jedoch mit dem einkapselnden Gewebe durch kurzes Zellgewebe verbunden war Auf der vorderen Fläche des weichen Gaumens war eine sehnichte Narbe welche die Uvula etwas nach vorn gekrümmt hatte; an den Tonsillen kein Narben, desgleichen keine an den Genitalien. — Das am 27. August an der Cholera verstorbene, 4 Monate alte Kind dieser Frau hatte ebenfalls keine Spuren von Syphilis.

Ein äusserst abgezehrtes, anscheinend etwas idiotisches weibliches Kind einer Prostituirten, 1¾ Jahre alt, starb am 12. September an er schöpfenden Durchfällen. In der letzten Lebenszeit hatte es ausgedehnt Excoriationen am Rücken, namentlich in der Sacralgegend gehabt. Die Fontanellen waren geschlossen. Unter der Arachnoidea viel Serum, zu beiden Seiten waren die, die Fossa Sylvii begrenzenden Hirnwindungen knorplig verhärtet, weiss, etwas durchscheinend, wie Wachs, und gleichzeitig atrophisch. Die Verhärtung erstreckte sich auf den unteren hinteren und äusseren Theil der Seitenventrikel und war ziemlich symmetrisch au beiden Seiten. In den Lungen verbreiteter Catarrh mit Bronchopneumonie. Das Foramen ovale offen, der Ductus Botalli geschlossen. Die Leber blutreich, im linken Lappen, etwas unter der Oberfläche, eine kirschkern-

grosse weisse, feste Ablagerung, welche auf der Schnittfläche hervorquoll und einzelne dunklere, etwas durchscheinende Stellen einschloss. Eine kleinere, ähnliche, mehr keilförmige Ablagerung fand sich an der Grenze beider Lappen in der Incisur am vorderen Rande. — Die Milz fest, mit dunkelrothen, glänzenden Körnern auf der Schnittfläche; die Nieren sehr fest, blutreich. Die Mesenterialdrüsen und Inguinaldrüsen angeschwollen, etwas durchscheinend. Magen und Darmcanal blutleer, ohne bemerkenswerthe Veränderung.

Ohne die Hirnsclerose geradezu als Product der constitutionellen Syphilis auffassen zu wollen, glaube ich doch die Ablagerung in der Leber hierher rechnen zu müssen, zumal die Lebensweise der Mutter und die amyloide Erkrankung der Milz und Nieren sehr wohl zu dieser Annahme passen.

Ein 25jähriger Kellner ward am 11. März an Haut- und Bauchwassersucht mit eiweisshaltigem Urin aufgenommen. Das specifische Gewicht des Urins war bedeutend erhöht. Die Farbe braungelb, der Eiweissgehalt sehr stark. Als Ursache seiner Krankheit gab er eine kühle, feuchte Wohnung an, in Folge derer seine habituellen Fussschweisse verschwunden seien, vor 2 Jahren hatte er einen Bubo inguinalis der rechten Seite, dessen syphilitischen Ursprung er läugnete. Nachdem am 19. sich Fieber, Uebelkeit und Leibschmerz eingestellt hatten, sank der Kranke rasch zusammen und starb am 20. — Der Körper erschien da, wo die wassersüchtige Anschwellung nicht stark war, abgemagert; die Hautdecken und Muskeln waren blass. Die Arachnoidea war wenig getrübt, die Pia mater in mässigem Grade serös infiltrirt, der Blutreichthum des Gehirns war normal. Beide Lungen nach hinten stark serös infiltrirt, fast zerfliessend, rechts ältere Adhäsionen, links blutig seröse Flüssigkeit in der Pleurahöhle mit entsprechender Compression des unteren Lungenlappens. Die Bronchialschleimhaut stark geröthet. — Im Herzbeutel eine mässige Menge klarer Flüssigkeit. Ausser älteren Trübungen des Ueberzuges des Herzens und des Endocardium am Herzen keine bemerkenswerthen Abweichungen. In der Bauchhöhle viel trübe, wässerige Flüssigkeit mit Flocken weisslichen Exsudats. Die Leberoberfläche durch zellige Adhäsionen mit dem Zwerchfell und theilweise mit dem Magen verwachsen, ausserdem mit weichem, membranösen Exsudate bedeckt. Am vorderen Rande des linken Lappens, nahe dem Ligamentum teres, desgleichen am rechten Lappen, nahe der Pforte, war die Leber theils narbig eingezogen, theils höckerig uneben; es ragten feste, weissliche Geschwulste etwas über die Oberfläche hervor. Die erkrankten Stellen bestanden aus einem schwieligen, festen, durchscheinenden Bindegewebe, in welchem eine gelbweisse, trockene, feste Masse eingebettet war. Diese liess sich ohne Schwierigkeit herausschälen, war aber durch ein feines Zellgewebe mit dem einhüllenden Gewebe verbunden. Die Leber war im Uebrigen blass, zerreisslich, grobkörnig, fetthaltig. Die Milz aber etwas vergrössert, braunroth, schlaff und etwas zähe. — Die Nieren ziemlich gross, schlaff, die Corticalsubstanz aufgelockert, schmutzig gelb, mit unzähligen kleinen, weissgelben Flecken; in

der rechten war zugleich Hyperämie vorhanden. Die Glomeruli ware amyloid entartet.

Ein 46jähriger Schneider ward am 9. Mai aufgenommen. Er war vo bleichem Aussehen, an der unteren Körperhälfte stark hydropisch g schwollen; in der Bauchhöhle eine ziemlich starke Ansammlung vo Flüssigkeit. An der Stirn eine ringförmige, harte Infiltration des Zel gewebes mit einem Eindruck in der Mitte, auf der Haut hier ein Kran von Borken. Der Kranke war sehr kurzathmig, hustete viel und wa reichlich dünnflüssige, schaumige Sputa, mit ziemlich viel Blut vermischt aus. Er gab an, vor 3 Jahren zuerst Husten mit Blutauswurf bekommen dann aber bis December vorigen Jahres nicht gehustet zu haben; dageg hatte er öfter an Herzklopfen gelitten. Der Blutauswurf war erst se 8 Tagen wieder gekehrt. Der Hydrops war allmählich gegen Ende de Winters eingetreten, vor 8 Wochen hatten sich Geschwüre an der Stir entwickelt, deren Ueberreste die noch vorhandenen Borken waren. Vo 21 Jahren hatte er eine primäre syphilitische Affection und später ab un an Halsschmerzen, dagegen nie Ausschlag gehabt. Ausser einer Anschwe lung der Leistendrüsen waren keine Drüsenaffectionen vorhanden. D Respiration war etwas mühsam, das Athmungsgeräusch in der Gegen beider Infra-Claviculargruben, sowie im Bereich der ganzen linken Lung scharf, dabei viel Rasselgeräusche und Pfeifen. Rechts hinten und unte in ziemlicher Ausdehnung Dämpfung des Percussionsschalles und bron chiales Athmen. Die Herzdämpfung nach links und nach unten vergrösser der Spitzenstoss nach aussen von der Brustwarze, ziemlich kräftig, an de Herzspitze ein deutliches systolisches Geräusch, welches nach der Aort hin stärker ward, der zweite Ton rein, die Pulmonaltöne normal, in de Carotis zwei schwache Töne. Der Puls machte 100 Schläge, war ziemlic klein. Die Verdauungsorgane ohne wesentliche Veränderung (Inf. Digital mit Jodkali). Der Husten und der Blutauswurf nahmen in den nächste Tagen etwas ab, der Hydrops blieb unverändert, dagegen verminderr sich die Anschwellung in der Stirngegend bedeutend. Am 16. Mai wa nach einer ziemlich ruhigen Nacht der Puls auf 76 Schläge vermindert, di übrigen Erscheinungen waren unverändert, nur klagte der Kranke übe ein Gefühl von Druck im Leibe. Um 10½ Uhr Morgens starb er gan plötzlich.

Section: Abgemagerter Körper; die unteren Partieen stark hydro pisch geschwollen, Haut und Muskeln blass. Unter der Ausschlagsstell an der Stirn starke Verdichtung des Zellgewebes; das Stirnbein in de Mitte eingedrückt, uneben, mit geringer Osteophytbildung im Umkreis Der Schädel blutreich; an der inneren Fläche des linken Scheitelbeins, i der Mitte desselben, etwa 1½ " von der Pfeilnath zwischen Schädel un Dura mater eine weisse, käsige, nicht sehr dicke Exsudatschicht von de Grösse eines Zweigroschenstücks, welche beim Abheben des Schädels theil an diesem, theils an der harten Hirnhaut hängen blieb. Diese sowol wie der Schädel waren hier verdickt und am Rande der Exsudation seh blutreich. Auf der Innenfläche der harten Hirnhaut, dieser Stelle ent sprechend, eine dünne, gallertartige Exsudatschicht mit Gefässnenbildung

ın der Arachnoidea und dem Gehirn hier keine Veränderung. Im Sub-
ırachnoidealraum ziemlich viel Wasser; das Gehirn blutreich, ziemlich
veich. — An beiden Tonsillen ziemlich tiefe, vernarbte Substanzverlüste
nit rundlichen unregelmässigen Rändern. — Auf der Oberfläche der rechten
Lunge einzelne narbige Einziehungen der Pleura; der obere Lappen klein,
chlaff, am Rande emphysematös. Im mittleren und unteren Lappen meh-
ere grosse feste Anschwellungen, beim Einschneiden sich als hämorrha-
gische Infarcte, zum kleineren Theil mit Fibrinausscheidung, erweisend. In
len grösseren Aesten der Lungen-Arterie keine Pfropfbildung, dagegen in
len kleineren, namentlich den zu den Infarcten führenden, theils wand-
tändige, theils obturirende Gerinnsel. An der Lungenwurzel, zwischen
len Bronchial- und Gefässverzweigungen ein mehrfächriger, mit rahm-
ırtiger Flüssigkeit gefüllter Sack. Die linke Lunge stark von Luft ausge-
lehnt; in derselben nur ein hämorrhagischer Infarct. — Das Herz sehr
ross, mit alten Trübungen bedeckt; beide Höhlen erweitert, der linke
Ventrikel hypertrophisch, mit Schwielenbildung in der Musculatur. Der
reie Rand der Mitralklappe verdickt, die Aortaklappen nicht erkrankt, die
Aorta sehr weit, die Häute verdickt, auf der Innenfläche gelbliche Abla-
gerungen. Die Milz etwas vergrössert, in der Mitte eine sternförmige Ver-
iefung in der verdickten Serosa. Das Balkengerüst entwickelt, die Mal-
ighischen Körper stark hervortretend, die Pulpa dunkel und brüchig. —
Auf der Oberfläche der Leber in der Mitte der convexen Fläche und am
interen Rande narbige Vertiefungen; hier zog sich ein festes, schwieliges
Zellgewebe tief in die Lebersubstanz hinein und umschloss weissgelbe,
este, trockne, etwas elastische Massen, welche in Form rundlicher Knoten
n dem schwieligen Gewebe eingebettet waren. Die Leber war im
Ganzen etwas geschrumpft, das Gewebe grobkörnig, leicht zerreisslich,
von Muscatnussähnlichem Ansehen. — Die Nieren sehr gross, fest, blut-
eich, die Oberfläche feinkörnig mit einzelnen narbigen Vertiefungen; in
ler Corticalsubstanz der linken eine hanfkorngrosse, feste, gelbweisse, runde
Ablagerung. — Die Magenschleimhaut an der grossen Krümmung grau,
ufgelockert. Der Darmcanal ohne wesentliche Veränderung. — An der
Glans keine Narbe.

Ein 43jähriger Arbeitsmann, am 31. Mai aufgenommen, hatte vor 20
ahren primäre syphilitische Affectionen gehabt, bald darauf einen Abscess
ler rechten Inguinalgegend bekommen, indessen sonst keine secundären
Affectionen bemerkt. Im Frühjahre des Jahres 1858 bemerkte er plötzlich,
lass ihm flüssige Nahrungsmittel in die Nase gelangten, gleichzeitig stellte
ich ein eitriger, übelriechender Ausfluss aus der Nase ein. Im Anfange
December 1858 wurde er icterisch, bekam gleichzeitig Fieber und eine Ent-
ündung am linken Oberschenkel, an welchem sich noch 5 Schnittnarben
anden; am linken Unterschenkel entstand eine handbreite Ulceration. All-
nählich stellte sich auch Husten ein, der sich später mit dünnflüssigem,
lutigen Auswurfe verband. Der Kranke hatte einen kräftigen Körperbau,
var indessen etwas abgemagert, die Hautfarbe war schmutzig gelb; an
ielen Stellen, vorzüglich an den Beinen, Narben von einem pustulösen
Exanthem. Aus der Nase drang ein äusserst übler Geruch; Ulcerationen
varen hier nicht zu bemerken; am weichen Gaumen, dicht oberhalb des

Zäpfchens, war ein kreisrunder Substanzverlust von der Grösse ein halben Silbergroschens. Die Respiration war beschleunigt, von starker schon in der Entfernung hörbaren Rasseln begleitet, der Percussionsscha nirgends normal, überall etwas gedämpft, das Athmungsgeräusch v lautem Schnurren in den Bronchien verdeckt. — Der Husten förder blutig eitrige, confluirende Sputa hervor. Der Leib aufgetrieben, do keine Fluctuation nachzuweisen. Die Leberdämpfung etwas vergrösser die Milz bedeutend geschwollen und links vom Nabel deutlich fühlba Der Appetit war ziemlich gut, der Durst vermehrt, der Stuhlgang rege mässig, der Urin dunkel, sparsam, ohne Eiweiss. (Ol. Jecoris mit Jod Bis zum 16. Juni besserte sich der Zustand, der Husten ward etwas geringe der Schlaf besser; mitunter schmerzte der Kopf, auch wohl die Extrem täten, die meiste Beschwerde machte die Verstopfung der Nase. Am 1 stellte sich vermehrter Husten mit Fieberbewegung und Athemnoth ei Der Kranke ward icterischer und collabirte bedeutend. (Inf. Ipecacuan mit Salmiak und Opium.)

Am 19. Juni starb er. — Bei der Section fand man den Schädel dicl die innere Tafel mit einer gleichmässig verbreiteten Osteophytschicht b deckt, in welcher sich viele Gefässfurchen befanden. Die Dura Mater i der Nähe der grösseren Aeste der Art. Meningea media, an der der Knochen zugewandten Fläche mit einer dünnen gallertigen Exsudatschicl bedeckt, in welcher viele kleine Gefässe befindlich waren. Die Aracl noidea war getrübt, unter derselben war eine mässige Menge röthliche Serums; die Pia mater sehr blutreich, an der Hirnbasis etwas verdichte die Hirnsubstanz war ebenfalls blutreich. An der Basis des Gehirns, nal der Fossa Sylvii, zwei oberflächliche Substanzverlüste in der Hirnrinc mit schwieliger Verdichtung der begränzenden Hirnsubstanz und rostgelbe Färbung. In den Seitenventrikeln eine mässige Menge röthlichen Serum — Am weichen Gaumen, gerade über der Uvula, ein rundes perforirende Geschwür, welches sich sinuös in die Substanz des verdickten Gaumen segels verbreitete, daneben noch einige oberflächliche Geschwüre. — De linke Ventriculus Morgagni durch narbige Stränge in der Schleimhaut vor abgeflacht, nach hinten weit, die Kehlkopfsschleimhaut stark geröthet. Di Schleimhaut der Ligamenta Ary-epiglottica bildete schlaffe, serös infiltrirt Säcke. In der Scheide der rechten grossen Halsgefässe Sugillationen. - In der rechten Pleurahöhle ein reichliches, gelbröthliches, wässriges Ex sudat; beide Pleurablätter mit gelben, weichen Exsudatflocken bedeck und blutreich. Der rechte untere Lungenlappen comprimirt, weiter nac oben Infiltration des Gewebes mit missfarbigem Serum, die Spitze ve dichtet, braungelb, brüchig, die Schnittfläche körnig. In der linken Pleura höhle ein geringer Erguss von trübem Serum mit weichen membranöse Niederschlägen auf der Costal- und Pulmonal-Pleura. Der untere Lappe in geringem Grade comprimirt, die übrige Lunge serös infiltrirt. Da Zellgewebe um die Luftröhre sehr verdichtet, die Luftröhrenschleimhau aufgelockert und stark geröthet; dicht über der Bifurcation ein unregel mässiges Geschwür, welches sich in beide Bronchien erstreckte, und in Anfangtheil des rechten die Schleimhaut theilweise gänzlich zerstört hatte — Im Herzbeutel eine reichliche Menge trüben Exsudats, auf der hintere

läche des rechten Atriums eine dünne Exsudatschicht in Form sehr leiner Granulationen, welche der Serosa fest anhafteten. Die Dimenonen des Herzens normal; am freien Rande der Mitralklappe eine mässige erdickung, die Basis der Aortaklappen knorplig verdickt und starr. Unter em Endocardium des linken Ventrikels und in der anliegenden Muskel-:hicht schwieliges Bindegewebe, die Musculatur sonst braunroth und länzend. — Der rechte Leberlappen beträchtlich vergrössert, der linke iit einem wallnussgrossen Anhange versehen. An der vorderen Fläche, ahe dem Ligamentum suspensorium eine trichterförmige narbige Einzieung; in der Nähe ein vorspringender gelblicher Höcker, am äusseren, nteren Theile des rechten Leberlappens ebenfalls eine Eintiefung von eisslicher Farbe und mit höckeriger Beschaffenheit der Umgebung. Die erosa der vorderen Fläche war überhaupt getrübt und vielfach narbig ngezogen. Das Lebergewebe war an verschiedenen Stellen, namentlich der Umgebung der grossen Pfortaderäste in ein dichtes, schwieliges Geebe verwandelt, welches theilweise noch sehr blutreich war und in elchem sich an einzelnen, nicht sehr zahlreichen Stellen gelbliche, trockne, ste, gegen die Umgebung deutlich abgegränzte Massen eingesprengt benden. — Die Milz war 13 " 3 ''' Par. lang, 7 " 6 ''' breit, 2 " dick, mehr-ch gelappt, weich, an einzelnen Stellen strahlige Verdickungen und Verefungen der Serosa. Die Pulpe weissröthlich, weich, hie und da zeressend, an einzelnen Stellen dunkelroth und verdichtet. Die Nieren gross, e Rindensubstanz aufgelockert, gelbröthlich, mit vielen kleinen weissilben Flecken; in der linken eine grosse und mehrere kleine Cysten. Die pitzen der Pyramiden mit trübem, gelblichen Urin infiltrirt. — Der agen sehr weit, mit grünlicher Flüssigkeit erfüllt. Die Schleimhaut sehr eich. — Beide Hoden verhärtet, etwas geschrumpft, in dem schwielig erdichteten Gewebe des Nebenhodens feste, gelbe, über die Schnittfläche ervortretende, trockne Ablagerungen, ganz denen gleich, welche sich in er Leber fanden. In der linken Tunica vaginalis eine mässige Wasserisammlung. Die Schleimhaut der Nasenhöhle missfarbig, mit graugrünchem Schleim bedeckt; der Knochen nicht cariös. —

Unter den übrigen Kranken, welche auf der medizinischen btheilung Symptome constitutioneller Syphilis zeigten, waren 2 länner mit Narben und Verhärtungen der Zunge; der eine, ein 7jähriger Hausknecht litt an chronischem Erbrechen, welches seit twa 3 Monaten bestand und mit einem Druck in der Magengegend erbunden war. Kleine Gaben Jodtinctur besserten das Uebel in urzer Zeit so, dass er seine Entlassung forderte. Bei dem aneren, einem 60jährigen Schuhmacher, welcher wegen eines alten ungencatarrhs mit Emphysem aufgenommen wurde, bestand noch n unregelmässiges Geschwür auf der Zunge, welches beim Gerauch von Jodkali in drei Monaten vollständig heilte. Der Lungentarrh war bei seiner Entlassung gebessert. — Beide erinnerten ch keiner primären syphilitischen Affection.

An Schmerzen im Kopfe und den Extremitäten, welche sic beim Gebrauche von Jodkali rasch besserten, litten 4 Männer. — Zwei Frauen mit Ozaena verliessen in kurzer Zeit ungeheilt da Krankenhaus. — An Exanthem, muthmasslich syphilitischen U sprungs, litten 2 Männer.

Chronische Heiserkeit und Husten hatten ein männl. und zw weibl. Kranke. Eine der letzteren hatte gleichzeitig ein Geschwi mit unterhöhlten Rändern auf der rechten Schulter, angeblich a einem Furunkel entstanden. Sie hatte ausserdem hectisches Fieb war bedeutend abgemagert und bot ganz das Bild einer vorg schrittenen Tuberculose dar. Die physicalische Untersuchung erga nirgends deutliche Dämpfung des Percussionsschalls; das Athmung geräusch war an beiden Lungenspitzen verschärft. Jodkali schafft in allen drei Fällen, auch in dem letzten, rasch Besserung; di letzterwähnte Kranke erholte sich soweit, dass sie eine Anstellun als Wärterin annehmen konnte. Die Heilung schien in diese Falle vollständig, indessen wurde sie mehrere Monate später vo Neuem von Husten mit Abmagerung und Fieber befallen; das Jo kali half diesmal nicht und scheint die Kranke jetzt wirklich de Tuberculose verfallen zu sein.

Tuberculose.

Bestand am 1. Januar 1859:	25	männl.,	7	weibl.	Kranke.
Aufgenommen wurden	201	„	58	„	„
Im Laufe des Jahres wurden ge-					
bessert entlassen	50	„	10	„	„
ungeheilt entlassen	19	„	3	„	„
es starben	129	„	44	„	„
Bestand am 1. Januar 1860 . .	28	„	8	„	„

Es liegt in der Natur der Sache, dass unter den Gestorbene Viele mitgezählt sind, bei denen die Tuberculose nicht während de Lebens erkannt war und theilweise in Bezug auf den tödtliche Ausgang ein mehr zufälliger Befund war. Ebenso werden manch Fälle, in denen Tuberculose vorhanden, aber nicht erkannt war unter anderen Diagnosen behandelt und entlassen sein. In Bezug auf die ergriffenen Organe habe ich desshalb nur die Sections befunde zum Grunde gelegt.

Das klinische Bild der Tuberculose gestaltet sich bekanntlic sehr verschieden, je nach der Individualität des Kranken und nac

lem Sitze, so wie nach der anatomischen Form und der Schnellig-
keit der Entwickelung. Die verschiedenen Formen, welche man
zu unterscheiden pflegt, die acute Miliartuberculose, die tuberculose
Pneumonie und die gewöhnliche chronisch verlaufende Tuberculose
sind nicht ausreichend, um alle Fälle gehörig unterzubringen. Na-
mentlich finden zwischen der acuten Miliartuberculose und der ge-
wöhnlichen chronischen Form der Tuberkelgranulationen vielfache
Jebergänge statt, welche sich theils wegen des hervorsteehenden
ieberhaften Allgemeinleidens mehr an die acute Miliartuberculose
nschliessen, theils der deutlicheren Localisation und des etwas
angsameren Verlaufes wegen, der chronischen Tuberculose nähern.
Jeberdies treten acutere Formen der Tuberculose oft zu länger be-
tehenden hinzu und trüben so das Bild der acuten Tuberculose.
Das Gleiche ist der Fall, wenn eigentliche Entzündungsprocesse sich
mit der acuten Tuberculose verbinden. Die folgenden Fälle ge-
hören zu solchen gemischten Formen.

Ein 27jähriges Dienstmädchen, am 26. März aufgenommen, hatte vor
hrer Aufnahme etwa drei Wochen an den gewöhnlichen Vorboten fieber-
hafter Krankheiten gelitten, aber erst am 22. das Bett gehütet. Sie hatte
inen geringen Grad von Stupor, welcher die Aufnahme einer genaueren
Anamnese verhinderte. Die Temperatur der Haut war sehr erhöht, die
Haut trocken, der Puls machte 108 Schläge, die Zunge war blass, feucht,
ler Leib etwas meteoristisch, in der Coecalgegend empfindlich, die Milz
twas vergrössert, die Oeffnung dünn. An beiden Lungenspitzen verlän-
gertes, bronchiales Exspirationsgeräusch, vermischt mit Rasselgeräuschen,
welche sich auch auf der übrigen Lunge fanden. Sie erhielt 2 Gaben Ca-
lomel zu gr. X und natrum nitricum. Die erste Nacht war unruhig, aber
ohne Delirien, die Oeffnung war mässig häufig; das Fieber verminderte
sich deutlich. Am 31. März trat zweimal Erbrechen ein, sonst verän-
lerte sich der Zustand wenig bis zum Morgen des 3. April, wo vermehrtes
Fieber mit Leibschmerzen in der Gegend des Coecum und dem linken
Hypochondrium auftrat; der Puls, welcher von 96 auf 112 gestiegen war,
etzte mitunter aus. Am folgenden Tage waren die Symptome der Peri-
onitis mehr ausgebildet, zugleich war die Wirbelsäule auf Berührung und
pontan sehr schmerzhaft. Nach Anwendung von Blutigeln und Opium
waren am 5. die Schmerzen beseitigt, doch dauerte das Fieber fort; die
Kranke klagte über Ohrensausen. Die Schmerzhaftigkeit des Leibes kehrte
rst am 16. April wieder, aber der Leib blieb während der ganzen Zeit
aufgetrieben. Der Kopf eingenommen, der Stuhlgang dünnflüssig, der
Puls frequent und schnell. Am 10. nahm der Durchfall zu, der allmählich
ermehrte Husten veranlasste eine neue Untersuchung. Diese ergab ver-
breitete Rasselgeräusche und etwas Dämpfung des Percussionsschalles an
eiden hinteren Brustwandungen, namentlich rechts. Am 16. kehrten hef-
ige Leibschmerzen wieder, die Pulsfrequenz stieg auf 124. In der Nacht

traten Delirien auf, am folgenden Tage war die Haut kühl und der allg meine Collapsus sehr ausgesprochen. Am 18. April Abends starb sie. Die abgemagerte Leiche hatte bleiche Hautdecken und blasse Muskel Das Schädeldach war ziemlich dick, an der inneren Fläche mit ein dünnen, gleichmässig verbreiteten Osteophytschicht bedeckt. Mässig. Oedem und geringer Blutreichthum der Pia mater, das Gehirn mäss blutreich, etwas zähe. — Beide Lungen an den Spitzen fest verwachse hier schwielig verdichtet, schwargrau pigmentirt, einzelne oberflächlich g legene Tuberkelhöhlen enthaltend, in den übrigen Lungenpartieen Grupp von grauen Tuberkelgranulationen, vorzüglich links. An der rechten Sei einzelne Stellen verdichtet und mit gelatinösem Exsudate infiltrirt. — A Herzen keine bemerkenswerthe Veränderung. — In der Bauchhöhle trübe braungelbes Exsudat mit flockigen, weissen Gerinnseln; auf dem Pariet und Visceral-Blatte des Peritonaeum reichliche Ablagerung von hirsekor grossen Tuberkelgranulationen und einzelnen grösseren glatten Tuberk ablagerungen. Das grosse Netz war verdickt und geschrumpft. Die Leb mit dem Zwerchfell durch frisches tuberkulisirendes Exsudat verklebt, d Milz gross, dunkel, breiig, fest mit den umgebenden Theilen verwachse — In den Peyerschen Drüsengruppen schwache, schiefergraue Färbun Die Schleimhaut des Dünndarms etwas geschwellt und geröthet, auf de selben einzelne unregelmässige Geschwüre mit aufgeworfenen Rändern.

Ein 20jähriger Knecht, am 14. April aufgenommen, hatte vor eine Jahre mehrmals Blutauswurf gehabt und seitdem stets an etwas Engbr stigkeit und Husten gelitten. Er war indessen immer thätig gewesen u erst seit 4 Tagen arbeitsunfähig. Er hatte vermehrten Husten mit En brüstigkeit, zugleich aber Fieber bekommen. Er hustete stark, mit ziemli reichlichem, dickschleimigen Auswurf, der Appetit war nur verminder die Oeffnung regelmässig. Die Haut war heiss, schwitzend, der Pu machte 120 Schläge; die Lungenspitzen, namentlich rechts, liessen Rasse geräusche und scharfes Athmungsgeräusch wahrnehmen; der Percussion ton war hier, namentlich rechts, etwas gedämpft. Ueber beiden Lung war das Athemgeräusch verschärft. (12 Schröpfköpfe, Nitrum mit Ta tarus stibiatus, abwechselnd mit kleinen Dosen Pulvis Doweri.) Der Z stand blieb während mehrerer Tage sich gleich; die Pulsfrequenz bli stets sehr gross, der Husten nahm nicht ab, die Rasselgeräusche, vorzü lich an der rechten Lungenspitze, nahmen an Intensität zu. Wege stechender Schmerzen in der rechten Brusthälfte und Vermehrung d Hustens, wobei sich keine Veränderungen in den physicalischen Ersche nungen zeigten, erhielt der Kranke am 19. ein Inf. Digital. mit Opium ohne dass dadurch eine Besserung erzielt wurde. Am 26. Abends wur der Kranke plötzlich unruhig und geistesabwesend; gleichzeitig ward d Puls langsamer und unregelmässig. Die Digitalis ward ausgesetzt, dageg Nitrum mit Inf. Sennae gegeben. Die Unruhe steigerte sich so, dass d Kranke befestigt werden muste. Die Ausleerungen wurden unwillkürlic Nach einer kurzen ruhigen Pause, während welcher der Kranke besin licher war und dabei über Kopfschmerz klagte, trat allgemeiner Collaps vermehrte Pulsfrequenz und von Neuem ein comatöser Zustand ein. D Tod erfolgte am 1. Mai.

An der abgemagerten Leiche erschienen die Muskeln ziemlich dunkel. Das Schädeldach war blutreich, die harte Hirnhaut im Verlaufe des Sinus longitudinalis superior mit dem Knochen verwachsen, in den Sinus flüssiges Blut und schmale, gallertige Gerinnsel. Auf den Hemisphären stark entwickelte gelbliche Pacchionische Granulationen, das Gehirn turgescirend, blutreich; die Arachnoidea, vorzüglich in der Nähe der Falx, auf dem vorderen Theile der linken Hemisphäre und an der Basis stark getrübt, unter derselben ein gelbweisses, halbgeronnenes Exsudat und kleine Tuberkelgranulationen, vorzüglich an der Berührungsfläche der Lappen und um das Chiasma. Die Seitenventrikel mit trübem Serum angefüllt, der Fornix erweicht. An der Basis der rechten Hemisphäre in der Rindensubstanz des Gehirns eine Tuberkelablagerung von der Grösse eines Rosinenkerns. — Beide Tonsillen angeschwollen, in der linken ein mit schleimigem Eiter erfüllter kleiner Abscess. — An der Spitze der rechten Lunge mehrere grössere Eiterhöhlen, deren Wandungen dunkel geröthet und mit graugelbem Exsudate ausgekleidet waren; an der linken Lungenspitze kleinere Eiterhöhlen von verdichtetem tuberculös infiltrirten Gewebe umgeben. Die übrige Substanz beider Lungen gleichmässig von kleinen, gelben Tuberkelgranulationen durchsetzt; der linke untere Lappen sehr blutreich. In den Bronchialverästelungen purulenter Schleim. Das Herz durch Verdickung und Erweiterung des linken Ventrikels vergrössert, am freien Rande der Aortaklappen kleine warzige Excrescenzen; zwei derselben waren theilweise mit einander verwachsen. Die Musculatur des Herzens blass. — Die Leber etwas vergrössert, blutreich, auf der Serosa viele kleine durchscheinende Granulationen. — Die Milz vergrössert, prall, schmutzig roth, sehr brüchig, die Malpighischen Körper geschwellt, weisslich. — In beiden Nieren, sowohl in der Cortical- als Pyramidensubstanz zahlreiche Tuberkelablagerungen. — In der Schleimhaut des Ileum, besonders in den Peyerschen Drüsengruppen kleine Tuberkelablagerungen.

Ein 50jähriger Kutscher ward im Jahre 1858 im Monate April im hiesigen Krankenhause wegen einer beträchtlichen linksseitigen Pleuritis behandelt. Die Heilung erfolgte vollständig mit Einsinken der linken Brusthälfte. Er befand sich angeblich seither wohl bis auf einen gewissen Grad von Engbrüstigkeit. Diese vermehrte sich zu Anfang des Monats Mai 1859 und es gesellte sich Husten mit beschwerlicher Expectoration und schaumigem Auswurfe hinzu. Er liess sich deshalb am 28. Mai von Neuem in's Krankenhaus aufnehmen. Der Brustkasten zeigte sich links seitlich noch etwas eingesunken, an den übrigen Theilen ausgedehnt, rechts fast fassförmig; die Leber war herabgedrängt, das Herz von den Lungen überlagert. An der linken Lungenspitze ein lautes pfeifendes Geräusch neben starkem Rasseln; über beide Lungen verbreitet zeigte sich das Athmungsgeräusch verschärft und von Rasseln begleitet. Der Percussionston überall voll und laut. Die Herztöne waren schwach hörbar, aber rein. Die Respiration war mühsam, der Husten kam in heftigen Anfällen; bei demselben entleerten sich reichliche, wässerige, schaumige Sputa. — Der Appetit fehlte, die Zunge war belegt, der Stuhlgang etwas träge, der Durst vermehrt, der Urin dunkel und sparsam. Die Hauttemperatur war etwas erhöht, der Puls frequent und klein. Der Schlaf noch ziemlich

gut. Nach einigen Schröpfköpfen und einer Auflösung von Nitrum m Tartarus stibiatus trat eine geringe, aber schnell vorübergehende Bess rung ein. Die Dyspnöe steigerte sich bald immer mehr, das Gesicht wa bläulich, die Extremitäten kühl, der Puls immer schwächer und kleine Er starb schon am 2. Juni.

Der kräftig gebaute Körper war wenig abgemagert. Das Schädelda war schwer, blutreich; die Glastafel, vorzüglich im Verlaufe des Läng blutleiters verdickt. Die Dura Mater blutreich; auf der unteren Fläc zeigten sich viele kleine Gefässinseln. Die Arachnoidea wenig getrüb aber mit feinen Granulationen besetzt, unter derselben wenig Serum. D Pia mater blutreich, desgleichen das Gehirn. In den Seitenventrike etwas blutige Flüssigkeit; das Ependym des vierten Ventrikels etw granulirt. — Die linke Lunge ziemlich fest und gleichmässig mit d Rippenwand verwachsen; seitlich und etwas nach vorn war zwische beiden Pleurablättern etwas weissgelbes, geronnenes, aber nirgends ei freies flüssiges Exsudat. An der Spitze der linken Lunge eine Höhle m grau pigmentirten, etwas schwieligen Wandungen. Die übrige Lung ebenso die rechte, serös infiltrirt und mit Grieskorngrossen graugelbliche Granulationen in grosser Anzahl durchsetzt. Die Schleimhaut der Bro chien stark geröthet. — Der Aortenzipfel der Mitralklappe und die z demselben gehörigen Sehnenfäden verdickt. Die Dimensionen des Herze wenig verändert, das Herzfleisch blass und mürbe. Die blasse Leber a vorderen Rande etwas geschrumpft, die Oberfläche etwas granulirt; s war ähnlich, wie die grosse dunkle Milz und die grossen Nieren scho von Fäulniss ergriffen. Keine Tuberculose des Darmcanals.

Der vorzugsweise Sitz der Tuberculose waren die Lungen; i einigen Fällen schienen sie erst secundär ergriffen zu sein, währen der Darmcanal oder die Harnorgane den Ausgangspunct abgabe Der Unterschied, welchen die pathologische Anatomie zwischen de eigentlichen Tuberkeln und der sogenannten käsigen oder tuberc losen Metamorphose von Entzündungsproducten macht, ist bis jet bei der so gewöhnlichen Combination beider und bei der Schwieri keit der Unterscheidung in einzelnen Fällen für den practische Arzt noch nicht zu verwerthen. Die folgende Uebersicht stützt sic daher noch auf den alten Begriff von Tuberkel.

Bei den Sectionen fand man

Tuberculose der Lungen allein bei	25	männl.,	16	weib
„ „ „ u. des Darmcanals*)	86	„	20	„
„ „ „ „ „ Kehlkopfs .	30	„	5	„
„ „ „ „ der Nieren . .	12	„	—	„
„ „ „ „ „ Milz . . .	6	„	2	„

*) Zweimal wurden bei männl. Kranken Geschwüre der Magenschleimhaut m tuberculöser Infiltration der Wandungen gefunden.

Tuberculose der Lungen u. der Leber . . .	2 männl.,	— weibl.
" " " " " Nebennieren .	1 "	— "
" " " " des Gehirns . .	3 "	1 "

Auf der Pleura, dem Peritonaeum und der Pia Mater war die Tuberculose meist mit deutlicher Entzündung verbunden. Es zeigte sich die Tuberculose der Meningen bei 4 männl. (einmal mit Tuberculose der Schädelknochen), der Pleura bei 20 männl., 4 weibl., des Peritonaeum bei 9 männl., 3 weibl. Kranken.

Unter den Fällen von Pleuritis war 3 mal die Pleuritis die primäre Erscheinung; in allen diesen Fällen wurden nach einander beide Seiten ergriffen. Die Tuberkelablagerung erschien in Form von miliaren Knötchen, in einem Falle nur auf die Lungen beschränkt, in den beiden anderen auf verschiedene Organe, namentlich auch auf das Peritonaeum ausgedehnt.

Bei 10 männl. Kranken wurde Pneumothorax beobachtet und zwar 5 mal links, 5 mal rechts. Der Verlauf war nur in 4 Fällen schnell, in 6 dagegen langsam. Die letzteren waren die folgenden:

Ein 32jähriger Handlungscommis, am 12. Januar aufgenommen, litt seit einem halben Jahre an den Erscheinungen der Lungentuberculose, welche gleich anfangs auch den Kehlkopf ergriffen hatte. Am 4. Februar bekam er die Symptome einer Pleuritis im unteren Theile der linken Brusthälfte, welche trotz angewandter Mittel fortdauerten, ohne sich zu verstärken. Erst im Anfange des Monats April nahmen die Erscheinungen etwas zu; bald stellte sich ein sehr reichlicher Auswurf ein, welchem am 10. April Blut beigemischt erschien. Am 15. April ward der Auswurf noch reichlicher, zusammenfliessend und sehr übelriechend; zugleich war bedeutende Beengung eingetreten. In der Mitte der vorderen Fläche der linken Brusthälfte war der Percussionston an einer umschriebenen Stelle stark tympanitisch, weiter abwärts gedämpft. Eine genauere Untersuchung unterblieb aus Schonung für den Kranken. Er starb, ohne Erleichterung erhalten zu haben, am 27. April. — Die Section ergab eine umschriebene Pleuritis der linken Seite mit Ulceration der Wandungen der abgesackten Höhle; die nach oben gedrängte Lunge war mit derselben durch einen trichterförmigen Gang mit nach unten gerichteter Basis in Verbindung, und fast ganz von Tuberkelhöhlen durchsetzt. An der rechten Seite war ein nicht bedeutendes flüssiges, bluthaltiges, pleuritisches Exsudat mit kleinen Tuberkelgranulationen auf der Pleura, in der rechten Lunge viel graue Granulationen. Die rechte Herzhälfte erweitert.

Der Pneumothorax war in diesem Falle augenscheinlich durch die umschriebene Pleuritis herbeigeführt und die Lunge von aussen nach innen durchbohrt.

Der folgende Fall ist durch seine Complication mit Necrose des Lungengewebes ausgezeichnet. Letztere schien durch Bronchialerweiterungen bedingt zu sein.

Ein 47jähriger Arbeitsmann ward am 10. December aufgenommen. Er hustete schon lange und litt habituell an Engbrüstigkeit; bisweilen hatte er auch Durchfall. Acht Wochen vor seiner Aufnahme war eine bedeutende Verschlimmerung eingetreten, gleichzeitig waren die Füsse etwas angeschwollen. Er war sehr abgemagert und schwächlich gebaut, in hohem Grade erschöpft, hatte Fieber, nächtlichen Schweiss und starken Durchfall bei ziemlich gutem Appetite. Er hustete viel und warf reichliche, dicke, eitrige Sputa aus. Im unteren Theil der rechten Brusthälfte war der Percussionston laut, tympanitisch, das Athmungsgeräusch amphorisch, der Husten und die während der Auscultation verrichtete Percussion metallisch klingend; Dislocation des Herzens oder der Leber war nicht vorhanden. Schon am 14. December starb der Kranke. — Bei der Section zeigte sich die linke Lunge angeheftet, nach hinten serös angeschoppt. Die kleinen Bronchialendungen erweitert, dunkel geröthet, die Schleimhaut an mehreren Stellen mit grauweissem Exsudat bedeckt; an einigen Stellen war das umgebende Lungengewebe verdichtet, röthlich gelb, mit körniger Schnittfläche, in dem Exsudat hie und da kleine, gelbweisse Granulationen. Im oberen Theile der rechten Pleurahöhle ein nicht bedeutendes, trübes, flüssiges Exsudat mit einem Niederschlag von geronnenem Exsudat auf beiden Pleurablättern, die Lunge zusammengedrückt, unten aber theilweise fest mit der Costalwand verwachsen. An dieser Stelle war die Lungenwand in einen gelbgrauen Schorf verwandelt und in grösserer Ausdehnung zerfallen. Man gelangte hier in eine grössere unregelmässige Höhle, mit necrotischen Wandungen, welche durch kleinere Canäle mit einer anderen grossen Caverne mit grauweissen, schwielig verdickten Wandungen zusammenhing. In der Umgebung dieser Höhlen war das Lungengewebe mit einem durchscheinenden Exsudate infiltrirt, in welchem einzelne Tuberkelgranulationen befindlich waren. Im oberen Lappen waren reichlichere Ablagerungen von Tuberkelkörnern. In der übrigen Lunge waren noch mehrere Bronchialerweiterungen mit necrotisch zerfallenen Wandungen. Im hinteren Theil des Kehlkopfes war ein nicht grosses Geschwür mit necrosirten Rändern. Die Leber etwas geschrumpft, granulirt, von schwieligem Bindegewebe durchsetzt, die Milz blass und klein, die Nieren blutreich, die Canäle der Pyramiden gelbweiss gestreift, mit eitrigem Harn gefüllt. Auf der Schleimhaut des Darmcanals Tuberkelgeschwüre, auf der Serosa viele Tuberkelablagerungen; die Gedärme mit einander verklebt.

Ein Makler von 38 Jahren litt seit dem Herbste des Jahres 1857 an den Erscheinungen der Lungen-, Darm- und Kehlkopfs-Schwindsucht. Vorzüglich war er seit dem letzten Winter kränker geworden. Im Januar bekam er Erscheinungen von Pleuritis der linken Seite und sein Arzt constatirte bald das Vorhandensein von Luft neben dem flüssigen Exsudat, wobei die Erscheinungen bei verschiedener Lage des Körpers verschieden

waren. Am 8. März ward er in das Krankenhaus aufgenommen. An der Spitze der linken Lungen war der Percussionston gedämpft, weiter unten in grösserer Ausdehnung helltympanitisch, weiter abwärts wieder ganz leer. Man hörte an der linken Lunge ganz oben kein Athmen, etwas weiter abwärts amphorisches Geräusch, mit einzelnen quickenden Tönen; richtete der Kranke sich auf, so trat jedes mal ein deutliches Geräusch von Tropfenfallen hervor, was beim Liegen nicht zu bemerken war. — Am 8. April klagte er von Neuem über Schmerzen in der linken Brusthälfte; am 12. Morgens expectorirte er auf einmal eine grosse Menge dickeitriger Sputa, collabirte zugleich stärker und starb am 13. April. — Die Section konnte, theils um die Leiche zu schonen, theils wegen Fäulniss, nur unvollständig gemacht werden. — Beim Eröffnen der linken Pleurahöhle entwich keine Luft, jedoch war dieselbe zur Hälfte leer, zur Hälfte mit dickem, grüngelben eitrigen Exsudate angefüllt. Die Lunge war nach oben und innen zusammengedrückt und, sowie die Rippenpleura mit einer dicken, schwieligen Exsudatschicht überzogen; auf der Oberfläche der Lunge bemerkte man zwei trichterförmige Oeffnungen mit umgeworfenen Rändern, von der Grösse eines ganzen und eines halben Silbergroschens. Jede führte in eine gesonderte, grosse, sinuöse Caverne. Es fanden sich in der comprimirten Lunge noch mehrere Eiterhöhlen und Tuberkelinfiltrationen. Die rechte Lunge zeigte ebenfalls Tuberkelablagerungen und Cavernen.

Ein 18jähriger Tischlerlehrling, von schwächlichem anämischen Aussehen, seit dem letzten Winter an den Erscheinungen der Tuberculose leidend, ward am 7. Juli aufgenommen. Er hatte schon früher und auch während seines Aufenthalts im Krankenhause öfter Stechen in der linken Brusthälfte gehabt, welches nicht lange angedauert hatte. Am 5. September bekam er Abends plötzlich einen heftigen stechenden Schmerz in der linken Seite und ward von starker Dyspnöe mit frequentem kleinen Pulse befallen. Die Percussion ergab überall an der linken Seite einen lauten tympanitischen Schall; die linke Thoraxhälfte bewegte sich beim Athmen fast gar nicht, das Herz erschien nach rechts gedrängt, das Athemgeräusch war schwach, die Rasselgeräusche metallisch klingend. Nach trocknen Schröpfköpfen und einigen Gaben Morphium trat nur geringe Erleichterung ein; der Kranke hustete viel, schwitzte sehr stark und kam nicht zum Schlaf. Hinzutretender Durchfall vermehrte noch den Collapsus. Gleichwohl schleppte der Kranke seine jämmerliche Existenz immer weiter fort; am 23. October trat von Neuem ein heftiger, stechender Schmerz in der linken Brusthälfte ein, die Dyspnöe hatte bedeutend zugenommen; die linke Thoraxhälfte erschien hervorgewölbt, die Intercostalräume waren verstrichen, während die der rechten Seite tief eingesunken waren. Auch dieser Anfall machte nicht sofort dem Leben ein Ende. Es trat vielmehr nach einigen Tagen Erleichterung der Beklemmung ein, wenn auch die Kräfte immer mehr verfielen. Er starb erst am 11. November.

Bei der Section fand man die linke Pleurahöhle fast ganz mit grüngelbem, dicklichen Exsudate angefüllt, auf den Wandungen Niederschläge von weichen Gerinnseln. Im oberen Lappen der gegen die Wirbelsäule

gedrängten Lunge befand sich eine grosse Oeffnung mit abgerundeten Rändern, welche in eine an der Lungenspitze befindliche ziemlich grosse Höhle führte; weiter nach vorn fand sich eine zweite Oeffnung, deren Ränder den Eindruck machten, als sei die Perforation von aussen nach innen erfolgt. Diese führte indessen auch in eine, obwohl kleinere Höhle. Die linke Lunge war vielfach tuberculös infiltrirt. In der rechten Lunge fanden sich im oberen Lappen mehrere kleine, zum Theil sehr oberflächlich gelegene Eiterhöhlen, neben mehrfachen kleinen Tuberkelinfiltrationen, der untere rechte Lappen war grösstentheils frei. In der Leber, den Nieren, dem Peritonaeum und dem Darmcanal fanden sich ebenfalls Tuberkelablagerungen.

In allen diesen Fällen waren die Kranken schon längere Zeit leidend und über die Natur ihres Lungenleidens konnte kein Zweifel bestehen. In den folgenden beiden Fällen wurden die Kranken mitten in ihren Berufsgeschäften von Pneumothorax befallen, welcher erst den früher vorhandenen nicht bedeutenden Beschwerden die richtige Deutung gab.

Ein ziemlich kräftig gebauter Schlachtergesell von 30 Jahren, früher, mit Ausnahme einer Blatternerkrankung vor 6 Jahren, gesund, litt seit dem Sommer 1858 bisweilen an etwas Husten mit schleimigem Auswurf; er hatte nie Blutspeien oder ein ernsthafteres Brustleiden, war auch stets in Arbeit. Am 10. März Morgens bei der Arbeit bekam er ein Frostgefühl und gleichzeitig einen heftigen, stechenden Schmerz in der rechten Brusthälfte, mit grosser Engbrüstigkeit. Er schrieb dies der Zugluft zu, in welcher er gestanden, liess sich aber am nächsten Tage in's Krankenhaus aufnehmen, weil seine Athemnoth unverändert fortbestand, während der stechende Schmerz abgenommen hatte. Er hatte eine bläuliche Gesichtsfarbe, kühle, schwitzende Haut, einen kleinen Puls von 100 Schlägen, athmete mühsam und mit Anstrengung aller Inspirationsmuskeln. Bei der Inspection war im Umfange beider Thoraxhälften und in der Theilnahme beider Seiten an der Respiration kein bedeutender Unterschied zu bemerken, die rechte Supraclaviculargegend war sehr voll, die linke gewöhnlich; die linke Infraclaviculargegend war etwas eingesunken, die rechte nicht. Die Percussion ergab rechts überall einen lauten, tympanitischen Schall, welcher in der unteren Brusthälfte noch lauter war, als oben. Das Herz, wie die Leber waren auffallend weit verdrängt, der laute tympanitische Ton erreichte die linke Sternallinie und den unteren Rippenrand. Links hörte man überall scharfes Athmungsgeräusch; rechts oben weniger scharf, hier hörte man auch einige Rasselgeräusche, weiter unten metallisches Klingen bei den Geräuschen und der Stimme. Mit Ausnahme der Beengung befand der Kranke sich gut; er hatte Appetit, nur vermehrte das Essen seine Athemnoth. — Der Zustand blieb sich in den ersten Tagen ziemlich gleich; der Kranke hustete viel, warf ziemlich reichlich trübe, wässerige, mitunter auch geballte Sputa aus, schlief wenig und musste meist aufrecht sitzen. Nach und nach trat etwas Erleichterung ein, doch

tellte sich bei jeder Bewegung die Athemnoth wieder ein. Sehr langsam ntwickelte sich flüssiges Exsudat in der rechten Pleurahöhle. Vom 22. n fing er an, bisweilen in der Nacht und auch am Tage zu deliriren, mit erötheten, etwas glänzenden Augen. Am 25. stellte sich Heiserkeit ein; om 28. begannen öftere, sehr heftige Hustenanfälle. Anfangs April wurden ie Zeichen der tuberculösen Erkrankung der linken Lungenspitze deuticher, das pleuritische Exsudat in der rechten Brusthälfte stieg sehr langam. Am 21. April stellte sich etwas Blutauswurf ein; am 24. sank der Kranke mehr zusammen, delirirte mehr, und beschmutzte sich. Am 27. April starb er. — Bei der Section zeigte sich die untere Fläche des Zwerchells rechts stark gewölbt, auf der convexen Fläche der herabgedrängten Leber war eine bedeutende umschriebene Abflachung zu bemerken; das Herz war ganz nach der linken Seite verdrängt, der rechte Pleurasack agte oben in die linke Pleurahöhle. Aus der rechten Pleurahöhle entvich beim Eröffnen viel Luft, es befand sich in derselben ziemlich viel rünlich-gelbe Flüssigkeit, und eine Menge weicher, ähnlich gefärbter Geinnsel. Die Pleura war mit Exsudatflocken und kleinen Tuberkelgranuationen bedeckt, hie und da blutig infiltrirt. Die Lunge war ganz gegen hre Wurzel hin zusammengedrückt; an der Spitze fand sich eine nicht rosse, ganz oberflächlich gelegene Eiterhöhle, welche anscheinend die Perforation veranlasst hatte. In der comprimirten rechten Lunge waren usserdem viele Tuberkelablagerungen. Im oberen Lappen der linken Lunge grössere Cavernen; ausserdem Tuberkelinfiltrationen. Im Darmanale zeigte sich keine Tuberculose, mit Ausnahme eines Geschwürs von ler Grösse einer kleinen Linse in der Magenschleimhaut, dessen etwas bgelöste Ränder tuberculöse Infiltration zeigten.

Ein 26jähriger Schlachtergesell, in seinem Berufe seit drei Jahren in der Küche des Krankenhauses beschäftigt, hatte im Laufe eines Jahres öfter über Beklemmung und Herzklopfen geklagt, sich aber nach einigen Schröpfköpfen, dem Gebrauch von Digitalis und ruhigem Verhalten meist bald wieder gebessert. Im Sommer 1859 erhielt er einen vierwöchentlichen Urlaub, um sich auf dem Lande erholen und kräftigen zu können. Er kehrte ziemlich wohl wieder. Ueber Husten hatte er nie besonders geklagt. Am 15. August Abends bekam er plötzlich einen lebhaften Schmerz in der rechten Brusthälfte mit grosser Athemnoth; die Untersuchung wies sogleich das Vorhandensein von Pneumothorax nach. Er wurde auf die medizinische Abtheilung verlegt und lebte hier bis zum 28. August. Die Untersuchung der Brust ergab nun die deutlichen Erscheinungen von Cavernenbildung an beiden Lungenspitzen. Er magerte rasch ab, die Beengung verminderte sich nur wenig; die Luft im rechten Thoraxraum wurde nach und nach mehr durch flüssiges Exsudat verdrängt. Beim Eröffnen derselben zeigte sie sich zu zwei Dritttheilen mit fast klarem, schwachgelblichen Serum gefüllt, das andere Dritttheil enthielt comprimirte Luft; auf der mit Exsudatniederschlägen bedeckten Pleura zeigten sich Tuberkelgranulationen. Die Perforationsstelle zeigte sich im oberen Theile des unteren Lappens an einer hier oberflächlichen Caverne, welche noch die Grösse einer Muscatnuss hatte, die Ränder der Perforationsöffnung waren kreisförmig, nach innen umgeschlagen. Links war eine unbedeutende

Pleuritis mit tuberculisirendem Exsudat, an der Spitze der linken Lunge eine grössere Caverne, in dem übrigen Gewebe kleinere Eiterhöhlen und Tuberkelinfiltrationen. Im Darmcanale fanden sich nur am Wurmfortsatze in der Schleimhaut, Tuberkelablagerungen; in der rechten Niere war ein kleiner Tuberkel.

In den übrigen vier Fällen trat der Tod ziemlich rasch nach Eintritt des Pneumothorax ein; zweimal in wenigen Stunden, einmal nach 36 Stunden, das viertemal am dritten Tage. Nur in zwei Fällen war die Perforationsöffnung nicht aufzufinden.

Maniacalische Zufälle in dem letzten Stadium der Tuberculose wurden bei 3 weibl., 1 männl. Kranken beobachtet. Alle waren sehr erschöpft und starben bald nach Eintritt der maniacalischen Symptome, ohne dass sich Tuberkelablagerung oder Entzündung an den Meningen gezeigt hätte. In allen Fällen ging eine Retardation des Stuhlgangs voraus.

Unter den Complicationen der Tuberculose ist noch ein Fall von Diabetes hervorzuheben, in welchem, wie gewöhnlich, die Tuberculose die Folgekrankheit war.

Das **hectische Fieber** äussert sich bekanntlich mitunter mit ganz regelmässigen Intermissionen, trotzt aber dann dem Chinin. Im Jahre 1859 kam ein 28jähriger Bäckergesell mit deutlichen Zeichen ziemlich fortgeschrittener Lungentuberculose, mit Zeichen von Cavernen der linken Lungenspitze in's Krankenhaus, welcher seit 14 Tagen an täglichen Fieberanfällen litt. Nach Anwendung von Chinin (grjjj 2stündl.) blieb das Fieber sogleich fort und recidivirte erst nach 3 Wochen; es wurde wieder sogleich durch Chinin beseitigt. Nach 4 weiteren Wochen wieder ein kurzes Recidiv, dann fünf Wochen später ein schwächeres. Er wurde für Wochen nach dem letzten Fieberanfall auf seinen Wunsch entlassen. Sein ganzer Zustand war bedeutend gebessert. — In einem anderen, tödtlich abgelaufenen Falle, bei einem 23jährigen Hausknecht zeigten sich zu zwei verschiedenen Perioden intermittirende Fieberzufälle ohne Frost, welche jedesmal auf Chinin verschwanden.

Lungenblutung führte bei 2 männl., 1 weibl. Kranken bei vorgeschrittener Tuberculose den Tod herbei; in einem dieser Fälle war die Quelle der Blutung nicht aufzufinden. Bei dem einen männlichen Kranken, welcher seit 8 Jahren im Krankenhause war

hatte die Tuberculose, bei ziemlich grossen Cavernen an der Spitze, mehrere Jahre Stillstand gemacht.

Bei einem 59jährigen Tischler, welcher sich durch ein schmutzig gelbliches, anämisches Aussehen auszeichnete, fand sich neben Tuberculose mit Cavernenbildung der Lungen, an der kleinen Curvatur des Magens eine ulcerirte, weiche, blutreiche Krebsablagerung.

Amyloide Erkrankung der Leber, Milz und Nieren wurde häufig gefunden; in den Nieren war dabei nicht selten die weissliche Färbung der Corticalsubstanz des Morbus Brightii und verbreitete Hautwassersucht zugegen. In einem Falle, bei einem 9jährigen Knaben mit Tuberculose der Schädelknochen und der Hirnhäute, der Rippen und der Lungen, hatte die Anschwellung der amyloid erkrankten Leber einen enormen Grad erreicht.

Asiatische Cholera.

Im Jahre 1858 war kein Cholerafall vorgekommen. Den 15. Juni 1859 ward der erste Cholerakranke in's Krankenhaus gebracht, am 29. September der letzte. Die Epidemie erreichte diesmal in Hamburg eine beträchtliche Höhe und wurde nur um ein Geringes von der Epidemie des Jahres 1848 übertroffen. Die Zahl der im Krankenhause behandelten Kranken war daher auch eine ziemlich bedeutende. Auch bei der Cholera stösst man auf die Schwierigkeit der genauen Diagnose; denn von Einigen wird für diese der ganze characteristische Symptomencomplex für unbedingt nöthig erachtet, von Anderen werden, und wie es scheint mit grösserem Rechte, auch bei der Cholera unvollkommen entwickelte Formen angenommen und solche Fälle mit zu den Choleraerkrankungen gerechnet. Es differiren daher die statistischen Angaben der einzelnen Aerzte sehr; während Einige fast nur die tödtlichen Fälle als echt anerkennen, haben Andere verhältnissmässig glänzende Heilerfolge. Da im jetzigen Augenblicke das Haschen nach einer specifischen Heilmethode, das Anpreisen sicherer Mittel bei der Cholera so ziemlich, wenn auch nicht vollkommen, aufgehört hat, so fällt der Grund weg, welcher viele Aerzte bewog, die leichteren Fälle der ihnen vorkommenden Choleraerkrankungen auszuscheiden, um nicht in den Verdacht zu kommen, dass sie mit ihren Heilerfolgen glänzen wollten. Es kann also die naturgemässere Auffassung wieder Platz greifen, nach welcher bei der Cholera,

wie bei allen epidemischen Krankheiten, unregelmässige und unvollkommen entwickelte Formen vorkommen. Ich habe die im Krankenhause behandelten Fälle in drei Abtheilungen getheilt, in wirkliche Cholerafälle, Brechdurchfälle und Durchfälle; zu den letzteren Kategorien habe ich, wie sich von selbst versteht, nicht alle zu jener Zeit vorgekommenen Brechdurchfälle und Durchfälle gerechnet, sondern nur diejenigen, in welchen der plötzliche Eintritt der reichlichen, wässrigen Ausleerungen und die stärkere Erschöpfung auf Zusammenhang mit der Epidemie deuteten. Es kamen zur Behandlung im Krankenhause wegen

Cholera	140 männl.,	95 weibl.	Kranke.
Brechdurchfall .	48 „	21 „	„
Durchfall	28 „	4 „	„

Von den Cholerakranken starben 69 männl., 45 weibl., von den übrigen Kranken Keiner.

Die folgenden statistischen Notizen beziehen sich nur auf die eigentlichen Cholerafälle.

Es erkrankten in dem Alter

unter 1 Jahr	1 m. —	w.,	von denen	1 m. —	w. starben,
von 1—10 „	2 „	3 „	„ „	1 „	3 „ „
„ 10—20 „	25 „	16 „	„ „	8 „	6 „ „
„ 20—30 „	52 „	34 „	„ „	17 „	11 „ „
„ 30-40 „	29 „	10 „	„ „	19 „	5 „ „
„ 40—50 „	14 „	16 „	„ „	13 „	6 „ „
„ 50—60 „	13 „	4 „	„ „	9 „	3 „ „
„ 60—70 „	3 „	3 „	„ „	1 „	3 „ „
„ 70—80 „	1 „	7 „	„ „	— „	6 „ „
„ 80—90 „	— „	2 „	„ „	— „	2 „ „

Bei den Männern war das Sterblichkeitsverhältniss am Günstigsten in dem Alter zwischen 10 und 20 Jahren, bei den weiblichen Kranken zwischen 20 und 30.

Nach den Monaten gestaltete sich die Sterblichkeit so:

von 3 m. — w.	im Juni	Aufgenommenen	starben	2 m. — w.
„ 60 „ 51 „	„ Juli	„	„	33 „ 25 „
„ 60 „ 30 „	„ August	„	„	28 „ 15 „
„ 17 „ 14 „	„ September	„	„	6 „ 5 „

Von den Angestellten des Krankenhauses erkrankte Keiner; von den dort befindlichen Kranken wurden 8 männliche, 9 weibliche von der Cholera befallen, von denen 6 männliche, 5 weibliche starben. Die meisten Erkrankungen fanden auf der inneren

Station statt, hier aber auch bei einigen Kranken, welche erst wenige Tage im Krankenhause waren.

Es erkrankten

auf der Irrenstation	im Juli	1 m.	3 w.,	im August	— m.	2 w.
„ „ inneren Station	„ „	1 „	1 „	„ „	5 „	2 „
„ „ syphil. „	„ „	— „	— „	„ „	— „	1 „
„ „ Siechen- „	„ „	1 „	— „	„ „	— „	— „

Von den Kranken der inneren Station litten 2 männl., 1 weibl. an Tuberculosis; die beiden männlichen waren erst wenige Tage im Krankenhause und schon durch ihre Krankheit sehr erschöpft; sie starben beide. Die weibliche Kranke, schon vier Wochen im Krankenhause, genas von der Cholera, obwohl sie dieselbe stark, mit blutigen Durchfällen hatte; sie starb erst fünf Wochen später an ihrer Tuberculose. — Eine weibl. Kranke, 9 Tage im Krankenhause, litt an Carcinoma Uteri mit hinzugetretener Peritonitis; die Annahme der Cholera war hier nur auf die Reiswasserstühle begründet, da der Collapsus auch durch die Peritonitis erklärt werden konnte. — Eine Kranke, 6 Tage im Krankenhause, litt vor der Cholera an leichter Peritonitis von den inneren Sexualorganen ausgehend; sie ward geheilt. — Ein Zimmergesell, 10 Tage im Krankenhause, hatte an gastrischen Beschwerden gelitten; er starb. — Ein anderer, 8 Tage im Krankenhause, litt an oft recidivirender umschriebener Peritonitis; er genas. — Ein Kranker war nur einen Tag im Krankenhause, als er von der Cholera befallen wurde; er schien an Pocken zu leiden, das Exanthem bildete sich indessen zurück. — Der letzte männliche Kranke der inneren Station hatte 5 Tage vor der Aufnahme die Erscheinungen der Cholera und einer linksseitigen Pneumonie bekommen; drei Tage nach seiner Aufnahme traten von Neuem Choleraerscheinungen auf, denen er erlag. — Der Kranke von der Siechenstation litt lange an Paraplegie. — Die geringe Zahl der Erkrankungen und der Umstand, dass keiner der Angestellten des Krankenhauses erkrankte, lässt schliessen, dass die Momente, welche unter gewissen Umständen ein Contagium bei der Cholera entwickeln oder die Verbreitung desselben begünstigen, nicht vorhanden waren, denn es wurden keine andere Vorsichtsmassregeln getroffen, als dass die Stühle und die benutzten Abtritte mit Eisenvitriollösung desinficirt wurden.

Die Cholera erschien, wie immer, mit sehr verschiedener Intensität; die Heftigkeit des Anfalls ergab für die Prognose nur einen unsicheren Anhaltspunkt, da schlimm aussehende Fälle genasen und

anscheinend leichte tödtlich verliefen. Im Allgemeinen möchte die Intensität der Krankheit in der diesjährigen Epidemie etwas geringer gewesen sein, als sonst; jedoch zeigte in den einzelnen Fällen sich keine wesentliche Abweichung von den bekannten Erscheinungen der Cholera. — Die Therapie war möglichst einfach, doch nicht ganz indifferent; so wenig therapeutische Resultate auch die bisherigen, zum Theil sehr genauen und sorgfältigen Beobachtungen ergeben haben, so schwer ist es anderntheils bei so dringendem Symptomen und so schweren Leiden sich auf Nichtsthun zu beschränken. Die Kranken wurden meistens im Kältestadium in einer trockenen Wanne mit heissem Wasser (etwa 2 Eimern) begossen und dann in Wolldecken gewickelt, mit Wärmflaschen an verschiedenen Körpertheilen; die Begiessung wurde nach den Umständen wiederholt. Die Kranken empfanden von diesen Begiessungen meist Erleichterung und verlangten nach denselben; in seltenen Fällen erregten sie Vermehrung der Beklemmung. Innerlich ward eine starke Auflösung von Campher in Aether, viertelstündlich gereicht, in einzelnen Fällen auch Liq. Ammonii anisatus und Liq. Ammonii causticus. Als Getränk wurde Selterwasser und ausserdem Eisstückchen gereicht. Bei eingetretener Reaction erhielten die Kranken Potio Riverii mit Spir. muriat. aeth. und etwas Opium, bei stärkerem Durchfall auch mehr Opium mit Aq. menth. und Gummischleim. Letzteres Mittel wurde auch bei den Brechdurchfällen und Durchfällen angewendet. Die Kranken erhielten nach eingetretener Reaction auch bald zum Getränk schwarzen Kaffee, von dem sie zu klarer Fleischbrühe und allmählich zu anderer Kost übergingen. Beim Eintritt typhöser Erscheinungen erhielten die Kranken Salzsäure, kalte Umschläge auf den Kopf und kalte Begiessungen; mitunter auch einzelne Gaben Calomel.

Von den Aufgenommenen litten am sogenannten Choleratyphoid 17 männliche, 14 weibliche Kranke, von denen 7 männliche, 5 weibliche starben; von den übrigen Kranken bekamen das Typhoid im Krankenhause 23 männliche, 8 weibliche Kranke, von denen 8 männliche, 2 weibliche starben.

Hinsichtlich des Anfangs der Krankheit hatten

Prodromal-Durchfall	48 männl.,	26 weibl.	Kranke,
von diesen starben	19 „	8 „	„
Plötzlich erkrankten	60 „	34 „	„
von diesen starben	32 „	20 „	„

Der **Anfang war nicht genau zu ermitteln bei**	32 männl.,	35 weibl.	Kranke,
von diesen starben	18 „	17 „	„

Nach den Monaten geordnet:

	Plötzlich erkrankt.		Prodromaldurchfall.		Unbestimmt.	
Im Monat Juni .	1 m.	— w.,	2 m.	— w.,	— m.	— w.
gestorben	1 „	— „	1 „	— „	— „	— „
Im Monat Juli .	28 „	17 „	20 „	17 „	12 „	17 „
gestorben	17 „	12 „	10 „	6 „	6 „	7 „
Im Monat August	24 „	13 „	18 „	6 „	18 „	11 „
gestorben	10 „	7 „	8 „	2 „	10 „	6 „
Im Monat September	7 „	4 „	8 „	3 „	2 „	7 „
gestorben	4 „	1 „	— „	— „	2 „	4 „

Im Zustande des **Typhoids** wurden in's Krankenhaus gebracht:

im Juli . . .	3 m.	5 w.,	von denen	— m.	1 w.	gestorben,
„ August . .	11 „	5 „	„ „	5 „	3 „	„
„ September .	3 „	4 „	„ „	2 „	2 „	„

Im Krankenhause wurden von Typhoid befallen:

im Juni . . .	2 m.	— w.,	von denen	1 m.	— w.	gestorben,
„ Juli . . .	9 „	5 „	„ „	3 „	— „	„
„ August . .	11 „	2 „	„ „	4 „	2 „	„
„ September .	1 „	1 „	„ „	— „	— „	„

Bei entwickeltem Typhoid wurde meistens eine beträchtliche Erkrankung der Nieren gefunden; die Nieren waren geschwellt, die Corticalsubstanz verbreitert, weisslich gefärbt, aufgelockert, mit streifigen und sternförmigen Injectionen. In einzelnen seltenen Fällen war die Nierenaffection weniger hervorstechend. Das Nierenepithel zeigte sich übrigens auch bei den Kranken, welche im früheren Stadium der Cholera starben, getrübt.

Im weiteren Verlaufe der Krankheit, gleichviel ob diese mit oder ohne typhoide Erscheinungen verlaufen war, zeigten sich ähnliche Krankheitssymptome, wie sie sich nach anderen acuten, die Blutmasse stark verändernden Krankheiten einzustellen pflegen. Hierher gehört zunächst das bekannte **papulöse Exanthem**, welches bei 5 männlichen, 2 weiblichen Kranken beobachtet wurde, und zwar einmal bei einem tödtlich verlaufenen Falle. **Abscesse** an verschiedenen Körperstellen wurden bei 2 männlichen, 1 weiblichen Kranken beobachtet; die weibliche Kranke starb.

Brand vom Durchliegen trat einigemal ein; bei 2 weib lichen Kranken erreichte er eine grosse Ausdehnung; eine derselbe ging durch metastatische Ablagerungen zu Grunde. — Bei zwe männlichen Kranken entwickelte sich, einmal in Folge einer leichte Verbrennung mit einer Wärmflasche, einmal in Folge eines Senf teiges, Verschorfung der Haut am Unterschenkel, welche i ersterem Falle in bedeutender Ausdehnung losgestossen wurde. In beiden Fällen hatten die Kranken keine Schmerzen empfunden un nur die Form und die Oertlichkeit der Affection liess auf die ange gebene Ursache zurückschliessen. Da Wasser unter Siedehitze nu eine leichte Verbrennung veranlassen kann, so muss man in diesen Falle die leicht völlig stockende Circulation in der Haut als Ur sache der Necrose ansehen, da die Sensibilität der Haut bei de Cholera meist nicht abzunehmen pflegt und ein Vergleich mit ähn lichen Vorgängen an der Haut gelähmter Theile desshalb nicht zu lässig ist. — In einem Falle wurde Tonsillarangina beob achtet.

Von anderen Symptomen und Complicationen der Cholera is noch Folgendes zu erwähnen. — Zwei Männer wurden von Deli rium tremens befallen; einer starb. — In einem Falle, bei einen Manne, ward ein vollständiges Recidiv, aber mit glücklichen Ausgange beobachtet. — Blutige Durchfälle wurden bei 1 männlichen, 5 weiblichen Kranken beobachtet, nur einmal ohn tödtlichen Ausgang. — Pneumonie kam bei 2 männlichen, weiblichen Kranken vor, von denen die letztere starb. — Bei einen Arbeitsmanne von 59 Jahren, der vor 14 Tagen einen Cholera anfall bekommen hatte, jetzt lebhaft fieberte und sehr verfallen war fanden sich necrotische Heerde in der Lungensubstanz neben pneumonischer Infiltration und Bronchialerweiterungen. Ein nähere Beziehung dieses Befundes zur Cholera liess sich an de Leiche nicht nachweisen.

Bei den Sectionen fand man (mit Hinzuziehung einiger al Leichen Aufgenommener): Ecchymosen auf dem Herzen be 46 männlichen, 26 weiblichen Leichen; dagegen fehlten sie be 26 männlichen, 19 weiblichen Leichen. — Croupöse Entzün dung der Darmschleimhaut bei 4 männlichen, 1 weibliche Leiche; Tuberculosis bei 3 männlichen; Carcinoma Ventri culi bei 1 weiblichen Leiche. — Bei einer Leiche ward Carci noma Uteri gefunden; bei einer anderen Verwachsung de Vagina mit Zurückhaltung des Menstrualblutes.

Eine hochschwangere Cholerakranke von 22 Jahren wurde im Krankenhause am zweiten Tage der Erkrankung kurz vor ihrem Tode von einem todten Kinde entbunden. Den Uterus fand man gross und nicht contrahirt. Die Placenta lag in der Vagina.

Vergiftungen.

Bleicolik wurde bei 14 männlichen Kranken beobachtet. Von diesen waren 10 Malergesellen, von denen 2 später mit Recidiven kamen; einer war Klempnergesell, welcher viel mit Mennigkitt gearbeitet hatte. Die übrigen waren 2 Matrosen und der Conditor eines americanischen Dampfschiffes, welcher letztere sehr heftige Symptome hatte. — Ueber die Bleicolik der Seeleute habe ich schon in meinem vorjährigen Berichte gesprochen; es scheint die Vergiftung durch den Bleigehalt des Zinns an den verzinnten und Eisenblech-Gefässen stattzufinden und sich namentlich bei längeren Reisen zu zeigen. Bei den kürzeren Dampfschiffreisen kommt sie auch wohl bei den Angestellten vor, welche das Schiff wenig verlassen. Die Streitfrage über den Nachtheil der Beimischung von Blei zum Zinn ist noch nicht ganz entschieden, indessen sprechen doch viele Fälle für die Schädlichkeit desselben und es verdiente dieser Gegenstand bei uns dieselbe Aufmerksamkeit, wie er sie kürzlich in Frankreich gefunden hat.

Eine Vergiftung durch die *Ausdünstung einer Grube der Gasanstalt* bewirkte nur vorübergehende Asphyxie, deren Folgen bald verschwanden.

Krankheiten des Gehirns, Rückenmarks und Nervensystems.

Meningitis cerebralis.

Idiopathische Entzündung der Pia Mater wurde in zwei Fällen beobachtet.

Ein 45jähriger Schiffsknecht kam mit den Erscheinungen eines lebhaften Fiebers mit heisser, trockner Haut, glatter, rother und trockner Zunge, Betäubung und Schlafsucht, am 25. September in's Krankenhaus. Die vergrösserte Milz liess die Diagnose auf Abdominaltyphus stellen. Es gesellten sich bald vollständige Unbesinnlichkeit, unwillkührliche Ausleerungen und Singultus hinzu. Sein Aufenthalt im Krankenhause dauerte nur 4 Tage. — Die Section konnte wegen eingetretener Fäulniss nur unvollkommen gemacht werden. Din Arachnoidea war getrübt, vorzüglich an der Basis, die Pia mater mit grüngelblichem Serum infiltrirt; das Gehirn sehr blutreich. — Die Milz war dunkel und zerfliessend; im Darmcanal keine dem Abdominaltyphus entsprechende Veränderung.

Ein abgemagerter, 3jähriger Knabe ward am 4. October in's Krankenhaus gebracht. Eine ordentliche Anamnese war nicht zu ermitteln, nur erfuhr man, dass das Kind anfangs Durchfall gehabt und später Convulsionen bekommen habe. Das Kind war ganz soporös, die Pupillen weit und unbeweglich; das Kind schloss die Augen nicht bei rasch gegen dieselben hingeführten Fingern. Der Leib war eingesunken, die Ausleerungen unwillkührlich, der Puls etwas retardirt. Beim Aufheben des Kopfes trat lebhafte Schmerzäusserung ein, das Kind schrie auch ab und zu ohne Veranlassung auf. Bisweilen trat Erbrechen ein. (Jodkali). Das Kind lag in den ersten Tagen in demselben Zustande fort. Am 7. October begannen leise zitternde Zuckungen, erst in Anfällen auftretend, mit Kälte der Extremitäten, wie von Frost; am 10. wurden sie sehr häufig. Die Nackenmuskeln, welche schon anfangs contrahirt gewesen waren, zogen sich noch stärker zusammen; die Rückenmuskeln wurden auch tetanisch; die Arme waren krampfhaft gestreckt, die Handgelenke in starker Flexion, der Puls ward frequenter. Am 14. October erfolgte der Tod. — Bei der Section fand man die vermuthete Tuberculose nicht; dagegen eine ausgesprochen

Basilar-Meningitis. Die Hirnwindungen waren abgeplattet, die Arachnoidea der Hemisphären nicht getrübt; die Seitenventrikel enorm ausgedehnt, mit leicht getrübtem Serum ganz erfüllt; in diesem schwammen einzelne weisse Flocken. Das Ependyma erschien verdickt, aber ganz durchscheinend, die unter demselben verlaufenden Blutgefässe ausgedehnt. Die Arachnoidea der Basis stark getrübt, im Gewebe der Pia mater ein weissgelbes, trübes Exsudat, welches sich in den Wirbelkanal verfolgen liess. Eine genaue Untersuchung lies keine Tuberkelgranulationen erkennen. — Ebenso wenig war dies in den übrigen Organen, welche keine wesentliche Veränderung zeigten, der Fall.

Zweimal wurde Meningitis in Folge von cariöser Erkrankung des Felsenbeins beobachtet:

Ein kräftiger Knecht von 34 Jahren, am 9. Februar aufgenommen, hatte seit seiner Jugend an eitrigem Ausfluss aus dem linken Ohre gelitten. Vor 6 Tagen bekam er äusserst heftige Kopfschmerzen und mehrmaliges Erbrechen. Der Kopfschmerz dauerte seit der Zeit mit gleicher Heftigkeit fort, das Erbrechen hatte nachgelassen. Das Gesicht war geröthet, der Kopf heiss, die Pupillen ziemlich normal weit, beweglich, gleich weit; das Bewusstsein frei. Der Puls war nicht verlangsamt, aber unregelmässig, die Zunge weisslich belegt, der Stuhlgang träge, die Berührung des linken Ohres war sehr schmerzhaft, aus demselben floss reichlich eitrige Flüssigkeit; hinter demselben, auf dem Proc. Mastoideus befand sich ein nicht umfänglicher Abscess, durch dessen zwei Oeffnungen man auf den cariösen Knochen gelangte. Es wurden Blutigel an den Kopf, kalte Umschläge und 2stündlich Calomel griij verordnet. Schon während der Application der Blutigel fing der Kranke an, zu deliriren, blieb auch die ganze Nacht hindurch in lebhaften Delirien und versuchte oft, das Bett zu verlassen. Am folgenden Tage war der Blick starr, die Pupillen verengt; der Kranke lag mit offenem Munde, schnarchend. Aufgeweckt, antwortete er undeutlich und konnte die Zunge nicht ordentlich bewegen. Die Berührung des Ohres war wenig schmerzhaft; der Eiterausfluss gering, Stuhlgang war nicht erfolgt. Am 11. Februar trat unter Zunahme der Betäubung Lähmung des linken Facialis ein, in Folge dessen sich das linke Auge mit angetrocknetem, trüben Schleim bedeckte. Eine nochmalige Application von Blutigeln war ganz ohne Wirkung. Die Ausleerungen wurden unwillkührlich, der Puls frequent und klein. Am 12. starb er. — Bei der Section erschienen die Muskeln dunkel geröthet. Der Schädel war asymmetrisch und an mehreren Stellen durch Pacchionische Granulationen atrophirt. — Die Fistelgänge hinter dem Ohre führten zu einer Abscesshöhle, in derem Grunde der Processus matstoideus entblösst lag. Dieser war am Uebergange in den Schuppentheil des Schläfenbeins cariös. Das Felsenbein war durch Caries zerstört und mit einer schmutzig gefärbten, eitrigen, breiigen Masse angefüllt. — Die Arachnoidea der Hemisphären erschien wenig getrübt, die Pia mater war hier sehr blutreich und etwas serös durchfenchtet. Die Hirnsubstanz erschien im Allgemeinen blutreich; die Seitenventrikel waren erweitert, mit Serum und trüber, eitriger

Flüssigkeit erfüllt, das Ependym und die demselben anliegenden Hirr schichten erweicht. Die Arachnoidea der Basis war mit schmutzigem gelbgrünen Exsudat bedeckt. Die Pia mater von eitriger Flüssigkeit star infiltrirt, vorzüglich in der Gegend des Chiasma. Die Corticalsubstan der Hirnbasis dunkel, grüngrau gefärbt. Unter dem Tentorium Ce rebelli nnd im Wirbelcanal viel trübe], eitrige, grüngelbe Flüssig keit. An der Berührungsstelle des rechten oberen und unteren Lappen des kleinen Gehirns waren sowohl die Häute als die oberflächliche Schicl des kleinen Gehirns missfarbig und letztere durch Eiterung zerstört. E erstreckte sich jedoch diese Zerstörung nicht tief. Im vierten Ventrike war ebenfalls grüngelbe, eitrige Flüssigkeit. — Der übrige Befund ohn wesentliches Interesse.

Ein Dienstmädchen von 33 Jahren ward am 19. October aufgenommen Sie wollte nur acht Tage krank sein und ein Geschwür im äusseren Ge hörgange gehabt haben, nach dessen Aufbruch ein eitriger Ausfluss au dem Ohre fortgedauert hatte. Sie hatte in der ganzen Zeit viel an Kop schmerz gelitten, namentlich war derselbe am Tage der Aufnahme hefti gewesen. Der Kopfschmerz wnrde vorzüglich durch Bewegung hervorge rufen und gesteigert. Die Kranke klagte über etwas Betäubung, war abe bei vollem Bewusstsein. Der Puls war ruhig, die Hauttemperatur nich merklich erhöht, die Zunge belegt. Brechneigung war nicht vorhanden der Stuhlgang träge. Im rechten Gehörgange fand sich etwas angetrock neter Eiter, unter dem Ohrläppchen war eine rundliche Anschwellun einer Lymphdrüse, durch welche das Ohrläppchen etwas emporgehobe wurde. Blutigel an den Kopf uud Calomel 2stündlich zu grj schafften de Kranken wenig Erleichterung; sie schlief wenig und hatte in der Nach heftigen Kopfschmerz. Eine neue Application von Blutigeln nebst einem Vesicator im Nacken, kalte Umschläge auf den Kopf und eine Dosis Rici nusöl, da der Stuhl fehlte, schafften am folgenden Tage jedoch Linderung Am 22. war die Kranke fast frei von Schmerz. Aus dem Ohre wurd durch Injection von lauem Wasser etwas Eiter entleert, mit der Sond gelangte man nicht auf den Knochen; die Uhr wurde in der Entfernung von etwa $1\frac{1}{2}$ " gehört. — Die Kranke befand sich jetzt mehrere Tage fas ganz wohl; nur nahm die Anschwellung unter dem Ohrläppchen zu un ward weicher, ohne indessen deutlich zu fluctuiren. Eben so wenig wa sie schmerzhaft. Am Abend des 30. October entstand plötzlich wiede heftiger, reissender Schmerz im Kopfe und der rechten Gesichtshälfte welcher trotz Blutigeln, einem starken Purgans aus Calomel und Jalapa sowie der Darreichung von Calomel grij, 2stündlich, nicht abnahm. Gegen Morgen stellte sich öfteres Erbrechen ein, die Kranke ward etwas soporös klagte auf Befragen sehr über Kopfschmerz. Die rechte Pupille war be weglich, die linke in mittlerer Weite, unbeweglich; der Puls retardirt Eine zweite Blutentziehung am Kopfe und ein Essigklystier schafften etwa Erleichterung. Die Kranke schlief ziemlich gut, klagte am anderen Morgen noch über Kopfschmerz, vorzüglich linksseitig; die Pupillen waren beider seits beweglich, nirgends zeigten sich Lähmungserscheinungen; der Puls machte 72 Schläge. Der Eiterausfluss aus dem Ohre war in der ganzen

Zeit höchst unbedeutend. — Am folgenden Tage war die Kranke bei ruhiger Lage ohne Schmerzen, konnte indessen den Kopf nicht bewegen; Erbrechen war nicht wieder eingetreten; der Puls 76; etwas Mundaffection vom Calomel. Am 2. November war die Kranke mehr soporös, klagte nur über grosse Schwäche, der Puls machte 80 Schläge. Am 3. hatte der Sopor zugenommen; aufgeweckt, klagte die Kranke nicht über den Kopf, verzog aber das Gesicht schmerzhaft beim Versuche, denselben zu bewegen; der Puls ward langsamer; die Pupillen waren träger, vorzüglich die linke. Am 4. November war die Betäubung noch stärker, Puls 56; die Kranke hatte jetzt unwillkürliche Ausleerungen; die Pupillen waren ungleich, die linke weiter, gleichzeitig richtete sich der linke Bulbus nach aussen. Am 5. November war der Puls auf 48 Schläge gesunken; die Kranke lag völlig ohne Bewusstsein, verzog nur von Zeit zu Zeit schmerzlich das Gesicht. Am 6. war die Besinnung soweit wiedergekehrt, dass die Kranke Fragen zu verstehen schien, doch sprach sie nicht. Am 8. zeigte sie Morgens noch entschiedene Zeichen von Besinnung und streckte auf Aufforderung die Zunge hervor; am Nachmittage starb sie. — An dem abgemagerten Körper waren die Hautdecken und Muskeln dunkel. Der Schädel war ziemlich dick und schwer; die Arachnoidea auf den Hemisphären sehr wenig getrübt, unter derselben befand sich kein seröses Exsudat. Die Hirnwindungen erschienen abgeplattet. Beim Herausnehmen des Gehirns zeigte sich unter dem Tentorium cerebelli und im Rückenwirbelcanale eine mässige Menge leicht getrübter Flüssigkeit. Das kleine Gehirn war rechts in der Gegend des Felsenbeins an die Dura Mater fest angeheftet und riss beim Versuche, es abzulösen, ein. Es entleerte sich dabei eine stinkende, eitrige Flüssigkeit, welche aus einer Abscesshöhle von der Grösse einer kleinen Pflaume herrührte, welche sich in dem rechten oberen Lappen des kleinen Gehirns befand. Der Abscess war mit einer gefässreichen, glatten Membran ausgekleidet. Die Hirnsubstanz in der Umgebung war dunkel gefärbt und verdichtet. — In den Sinus der harten Hirnhaut war flüssiges Blut; wo der Sinus transversus die innere Fläche des Zitzenfortsatzes berührt, war auf der äusseren Fläche der Dura Mater eitriges Exsudat. Der Processus Mastoideus war hier durch Caries durchbrochen, seine Zellen mit Jauche gefüllt. Im Cavum Tympani waren keine Gehörknöchelchen aufzufinden; das Trommelfell war zerstört. — Der übrige Befund bot keine erwähnenswerthen Veränderungen dar.

In den beiden eben beschriebenen Fällen war allem Anscheine nach der Ohrenfluss, welcher zur Caries des Felsenbeins führte, von Anfang her ein rein örtliches Uebel gewesen. Fälle dieser Art sind leider nicht selten; die leicht entstehende Stagnation des Secretes in der Paukenhöhle führt in ähnlicher Weise zur Zersetzung desselben und zur Corrosion der von dem Secrete berührten Theile, wie es nicht selten in der Nasenhöhle der Fall ist. In beiden Fällen kann gleichwohl eine consequente Behandlung durch

Einspritzungen, wenn auch nicht das Uebel stets ganz beseitige doch den traurigen, weiteren Folgen vorbeugen.

Einmal entwickelte sich acute Meningitis im Abtrocknungs stadium der Blattern.

Die Kranke, ein kräftiges Dienstmädchen von 26 Jahren, im achte Monate schwanger, ward am 7. December aufgenommen. Sie wollte a Kind vaccinirt sein. Die Blattern standen dicht gedrängt, es bildete sich e mässiges Eiterungsfieber aus, welches die Kranke gut überstand. Sie hat schon das Bett verlassen, badete täglich und hatte sich in den letzte Tagen ganz wohl gefühlt. Die einzige Ausnahme machte eine Röthun und Anschwellung der Oberlippe, welche eines Tages entstand und etw schmerzte, aber schon am nächsten Morgen nach Umschlägen von Ble wasser verschwunden war. Am 19. December klagte sie über heftige Kopfschmerz; die Hauttemperatur war erhöht, der Puls etwas beschleunigt das sonstige Befinden wenig gestört. Der Urin war schwach eiweisshaltig ohne Exsudatcylinder; nirgends Oedem. Als der Kopfschmerz und da Fieber bei ruhigem Verhalten, eingeschränkter Diät und kalten Umschläge nicht nachliessen, erhielt sie am folgenden Tage 12 Blutigel an den Kop und ein Infusum Digitalis. Das Fieber und die Kopfschmerzen nahme indessen zu, die Zunge belegte sich mehr und neigte zur Trockenheit; i der Nacht war die Kranke unruhig und stöhnte viel. Der Stuhlgang wa träge. Sie erhielt eine Gabe Calomel von ℈j. Am 21. trat ein starke aber nicht lange dauernder Schüttelfrost ein, welchem mässige Hitze folgte Die Kranke delirirte jetzt viel vor sich hin, sprach aber angeredet gan zusammenhängend, stiess indessen etwas mit der Zunge an. Das recht Auge folgte den Bewegungen des anderen nicht, die rechte Pupille wa unbeweglich; die rechte Gesichtshälfte erschien unvollkommen gelähmt Die Kranke wälzte sich beständig stöhnend im Bette umher und sah seh anämisch aus. Der Puls war frequent und schwach. Die innere Unter suchung ergab keine erhöhte Temperatur der schlaffen Scheide, den Kop ziemlich hochstehend, ballotirend, den Muttermund nicht geöffnet. Di Kranke erhielt eine Chininauflösung. (℈j auf ℥vj). Nach dem Calome waren mehrere flüssige Stühle erfolgt. Die Kranke war am 22. vollständig ohne Besinnung; um 10 Uhr Morgens begann die Respiration stark zu rasseln bei lebhaft geröthetem Gesicht und verhältnissmässig noch kräf tigem Pulse. Der Tod erfolgte um 11 Uhr, augenscheinlich durch Er stickung. Der Erfolg des sogleich angewandten Kaiserschnittes ist schon oben mitgetheilt. —

An dem blassen Schädeldache war keine Osteophytenbildung zu ent decken. Die Dura mater war auf der äusseren Fläche sehr blutreich; in den Sinus befand sich dunkles Blut und Fibringerinnsel. Bei Durch schneidung der Dura mater quoll eine purulente Flüssigkeit in mässiger Menge hervor. Die innere Fläche der harten Hirnhaut war mit einer dünnen, gelblichen, trüben, abziehbaren Exsudatschicht bedeckt; die Pia Mater sehr blutreich und mit gelbem, geronnenen Exsudate infiltrirt. Die Meningitis erstreckte sich über das ganze grosse und kleine Gehirn bis in

len Wirbelcanal hinein; nur die convexe Fläche der Hemisphären des :leinen Gehirns und der hintere Theil der linken Hemisphäre des grossen Gehirns waren frei geblieben. Die Hirnsubstanz war blutreich; in den Ventrikeln wenig Serum, das Ependym nicht erweicht. — Die Lungen waren blutreich und stark serös angeschoppt. — Der Herzüberzug gleichmässig milchig getrübt; der linke Ventrikel contrahirt, der rechte wenig Blutgerinnsel enthaltend. — Milz gross, lang, blass, von normaler Consistenz. — Leber gross, ziemlich blutreich, etwas weich; die Galle dunkel raungelb. — Darmcanal ohne wesentliche Abnormität. — Die Nieren etwas eschwellt, die Corticalsubstanz von weisslicher Farbe, die Glomeruli stark yperämisch; im Nierenbecken eitriger Schleim. — Der Uterus unvollommen contrahirt, der Schnitt verlief nahe dem linken Rande. — Das ind war 15" Par. lang, wog 2 Pfd. $5\frac{1}{2}$ Loth. Es hatte 5 Stunden gebt. Harnsäureinfarcte zeigten sich nicht.

Tuberculöse Meningitis wurde zweimal beobachtet; einmal in nem schon früher bei Gelegenheit der Tuberculose beschriebenen alle, das anderemal bei einem 9jährigen Knaben, welcher 2 Tage or dem Tode mit Bewusstlosigkeit und Lähmungserscheinungen ufgenommen wurde. Es fanden sich bei der Section Tuberkeln in en Lungen, der Leber, der Milz, den Nieren, der Darmschleimhaut nd den Mesenterialdrüsen.

Pachymeningitis.

Die chronische Entzündung der Dura Mater mit hämorrhagichem Exsudate auf der Innenfläche, wie mit Verdickung und Gessbildung auf der äusseren Fläche, wurde bei 16 männlichen, 3 weiblichen Kranken in verschiedenen Intensitätsgraden beobhtet. Bei Vergleichung einer grösseren Zahl von Fällen dieser rankheit zeigt es sich, wie wenig bestimmte Functionsstörungen it derselben verbunden sind. Häufig sind gar keine Symptome rhanden, zuweilen Störungen der Intelligenz, zuweilen Lähmungsscheinungen und namentlich bei beträchtlicherem Bluterguss, ırker Sopor, welcher bis zum Tode dauert oder allmählich weicht. e Reihe von Fällen, welche im Jahre 1859 beobachtet wurde, nloss einige ein, in welchen wegen anderweitigen Befundes kein ickschluss auf die Symptome der Pachymeningitis gestattet war. bei einem an der Cholera verstorbenen Manne; ferner bei männlichen, 1 weiblichen Kranken mit apoplectischen Heerden anderen Hirntheilen; bei einem 5jährigen Mädchen mit angerener Atrophie und Sclerose des Gehirns, so wie in einem Falle i einer weiblichen Kranken mit Icterus gravis, und einer anderen

Kranken mit Pyaemie. Bei 8 männlichen, 5 weiblichen (unte denen ein 13jähriges Mädchen) waren keine auf die Pachymeni gitis bezügliche Erscheinungen vorhanden; bei zwei alten Fraue von 78 und 79 Jahren waren Erscheinungen der Amentia senil zugegen; bei einem 45jährigen Manne, wo starker Bluterguss vo handen war, zeigten sich die Symptome des Hirndrucks. Bei eine 26jährigen, rhachitisch verkümmerten Näherin, welche kurz nac der Entbindung an confluirenden Blattern starb, waren längere Ze Symptome von Melancholie vorhanden gewesen, wegen welcher si auch schon früher auf der Irrenstation gewesen war. Bemerkens werth sind die folgenden Fälle:

Ein 38jähriger Cigarrenarbeiter rhachitisch verkrümmt, von bleichen cachectischen Aussehen, kam am 19. Jannar in's Krankenhaus. Er war vo Jugend auf kränklich gewesen und hatte nur mit Mühe sich seinen Leben unterhalt erwerben können. Er litt häufig an Kopfschmerzen, bisweile an Herzklopfen und etwas Husten. Seit 2 Jahren war er schwächer ge worden, hatte öfter Erbrechen, mitunter auch Durchfälle gehabt; in de letzten Zeit hatte er ganz den Appetit verloren. — Die Gesichtsfarbe wa schmutzig blass, die unteren Augenlieder etwas ödematös, an den Beine zeigte sich etwas Anasarka. Die Haut war kühl und trocken, der Pul frequent und klein; die Zunge etwas belegt. Der Leib war weich, i beiden Hypochondrien etwas schmerzhaft; die Milz erschien vergrösser Durchfall war augenblicklich nicht vorhanden; der Urin war sparsan ziemlich hell, nicht eiweisshaltig. Der Kranke erhielt Ferrum lacticun und ein Chinadecoct. Am 21. Januar trat einigemal Erbrechen ein, de Puls ward etwas langsamer; gegen Abend ward der Kranke allmählic schlummersüchtig und erbrach in der Nacht mehrmals grünliche Massei Der Urin floss unwillkührlich ab, der Stuhlgang fehlte. Er erhielt ei Vesicator in den Nacken und ein Essigklystier. Der soporöse Zustanc aus welchem man den Kranken nur auf kurze Augenblicke erwecke konnte, dauerte bis zum 25. Januar fort, wo sich allmählich etwas Be sinnlichkeit einstellte. Der Kranke liess jetzt reichlichen Urin; das Ves cator eiterte stark. Es hatte sich etwas Icterus ausgebildet, welcher an de folgenden Tagen etwas zunahm. Der Kranke ward aber bald wieder betäub lag ganz theilnahmlos da und starb am 28. — An der Leiche waren di Hautdecken, wie im Leben, sehr bleich, mit einzelnen Petechien bedeck Die Muskeln waren hingegen von normaler, sogar etwas dunkler Farb Das Schädeldach war sehr dick; auf der inneren Schädelfläche waren a verschiedenen Stellen, namentlich am mittleren Theile des Stirnbeins, i der Mitte beider Scheitelbeine, längs der Pfeilnath und in der Aushöhlun der Hinterhauptsschuppe, starke Osteophytschichten, welche von unzäl ligen Furchen durchzogen, leisten- und säulenförmig emporragten. Dies Stellen waren theils weiss, theils röthlich gefärbt; letzteren Partieen en sprechend war die Dura Mater verdickt und mit einer Schicht von zottige Blutgefässen bedeckt, welche cotyledonenartig in die Vertiefungen de

Osteophytschicht hineinragten. Beim Einschneiden der Dura Mater floss eine bedeutende Menge gelblichen Wassers ab; die innere Fläche war mit vielen kleinen Blutextravasaten und gallertigen Exsudationen bedeckt. Die Arachnoidea war getrübt, namentlich in der Nähe der Falx und hier mit sehr entwickelten Pacchionischen Granulationen besetzt. Die kleinen Gefässe der Pia mater waren injicirt, die Hirnsubstanz war blutarm, in den Seitenventrikeln wenig Flüssigkeit; am Gehirn sonst keine Abnormität. — Die Lungen beider Seiten waren mit schaumigem Serum infiltrirt, welches im linken unteren Lappen, nach der Lungenbasis hin eitrig erschien; die Schnittfläche war jedoch nicht körnig. Im Herzbeutel war viel klare gelbliche Flüssigkeit; das Herz war schlaff, die Muskeln etwas gelblich gestreift, wie fettig entartet. Der Aortenzipfel der Mitralklappe war etwas verdickt, das Herz in seinen Dimensionen nicht verändert. — Die Leber war etwas klein, sonst wohlgebildet, die Serosa nicht getrübt, die Substanz blass. — Die Milz war etwas vergrössert, fest, prall, aber leicht zerreisslich, die Pulpe erschien an der Convexität dunkler, nach dem Hilus heller, hier auch weicher. Die Nieren gleichmässig blassgelb, ohne sonstige wesentliche Veränderung. — Der Ductus thoracicus, die Cysterna Chyli, die Lymphgefässe und die kleinen Lymphdrüsen an der Wirbelsäule, bis in's Becken hinab, mit blutiger Flüssigkeit erfüllt. —

Ein Schuhmacher von 50 Jahren, am 19. August aufgenommen, klagte seit 7 Jahren über ein beängstigendes Gefühl von Gedankenverwirrung, häufigen Kopfschmerz, und unvollkommene Lähmung der linken Körperhälfte. Er war von dem Uebel nach einer geistigen Anstrengung plötzlich befallen und war damals eine kurze Zeit bewusstlos gewesen. Die Lähmung war anfangs vollständig, besserte sich aber später. Er behielt jedoch ein eigenthümliches Gefühl im Kopfe, welches er „Gedankensturm" nannte, und welches offenbar in einem unmotivirten Auftauchen von unzusammenhängenden Gedankenreihen bestand; dies Gefühl hinderte ihn oft am Schlafe und wirkte auf seine Gemüthsstimmung. Um das Uebel zu beseitigen, nahm er auf eigene Hand grosse Mengen Bittersalz und legte sich eine Reihe von Vesicantien um den Hals, jedoch ohne den geringsten günstigen Erfolg, Er hatte seitdem viel Kopfschmerz und Schmerzen in der linken Körperhälfte. Die Pupillen waren auf beiden Seiten gleich weit, gehörig beweglich, die Zunge wurde gerade ausgestreckt, der linke Arm und das linke Bein waren schwächer, ersterer auch etwas magerer. Der Appetit war gut, der Stuhlgang etwas träge; die Urin Se- und Excretion normal. — Schon am 21. zeigten sich bei ihm die Symptome von Broncho-Pneumonie, welcher er am 25. erlag. — Der Schädel war lang und schmal, in der Mitte keilförmig erhaben. Die innere Fläche des sehr dicken Schädeldaches zeigte tiefe Gefässfurchen. Die Dura mater erschien an der äusseren Fläche sehr injicirt; längs der grösseren Blutgefässe war sie mit einer dünnen Schicht durchscheinenden Exsudats bedeckt. Sie war übrigens nicht verdickt. Auf der inneren Fläche waren inselförmig zerstreute dünne, gallertartige Exsudatschichten, in denen eine reichliche Entwickelung kleiner Blutgefässe zu bemerken war. Die Arachnoidea war wenig getrübt, unter derselben nur wenig Serum. Die Pia mater war ausser-

ordentlich blutreich; ebenso die Hirnsubstanz. In den Ventrikeln war wenig röthliches Serum. Die Arterien der Schädelhöhle etwas atheromatös erkrankt. Im linken unteren Lappen inselförmig zerstreute, verdichtete Stellen von röthlich gelber Farbe und granulirter Schnittfläche; in der rechten Lunge nach hinten, sowohl im oberen als unteren Lappen, gleichmässige Verdichtung, mit granulirter Schnittfläche. — Das Herz ziemlich gross, schlaff; auf dem Ueberzuge Trübungen. die Aorta weit, atheromatös erkrankt. Milz schmutzig roth und mürbe, die Kapsel knorplig verdickt. Die Leber blutreich, der linke Lappen sehr schmal, ohne sonstige Structurveränderung. Die Nieren sehr blutreich, die Corticalsubstanz etwas schmal, sonst nicht wesentlich verändert. — Magen und Darmcanal zeigte keine erwähnenswerthe Veränderung.

Eine 57jährige Tagelöhnerin war vom 23. November bis 15 December 1858 im Krankenhause wegen heftiger Kopfschmerzen bei sonst wenig gestörtem Allgemeinbefinden gewesen. Nach dem Gebrauche von Nitrum mit Magnesia sulphurica war sie so weit gebessert, dass sie ihre Entlassung forderte. Am 8. Februar ward sie wieder aufgenommen. Sie sah jetzt blass nnd etwas abgemagert aus und klagte über unerträgliche Kopfschmerzen; der Mundwinkel wurde beim Sprechen etwas nach links verzogen, sonst zeigte sich keine Lähmung. Ihr übriges Befinden liess ausser der Ernährungsstörung keine besondere Erkrankung erkennen. Nach wenigen Tagen ward sie soporös, nahm bald gar nichts mehr zu sich und es bildete sich Gangrän am Kreuzbein. Als dieser sich vergrösserte und eine stärkere Eiterung eintrat, ward die Kranke allmählich besinnlicher, klagte wenig über Kopfschmerzen, dagegen über Schmerzen in der Wunde am Kreuz. Diese fing endlich an zu heilen, doch zeigten sich am 21. März neue brandige Stellen. Am 29. klagte sie von Neuem über Kopfschmerz und bekam bald darauf einen Frostanfall mit Kurzathmigkeit, welche sich bald verlor; am Abend trat von Neuem Dyspnöe mit Rasseln auf der Brust ein, und der Tod erfolgte kurz darauf. — Der Schädel war an der inneren Fläche am Stirnbein uud längs der Pfeilnath mit einer dünnen, porösen Osteophytschicht bedeckt. Auf beiden Hemisphären zeigte sich an der inneren Fläche der Dura Mater ein geschlossener Sack, theils von geronnenem Blute, theils von gallertig durchscheinendem, theils von ockerfarbigem Fibringerinnsel gebildet, welches fast $\frac{1}{2}$ " dick war und eine blutige, gelbliche Flüssigkeit einschloss. Es liess sich der Sack von der inneren Fläche der Dura mater sowohl, als von der Arachnoidea abheben. Auf der unteren Fläche war er mit einer dünnen Schicht von braungelbem Exsudat bedeckt, in welcher sich, entsprechend den grösseren Gefässen der Pia Mater, Furchen befanden. Die Arachnoidea war getrübt; unter derselben befand sich ein braungelbes Serum; die Pia mater war mässig blutreich. Die Marksubstanz des Gehirns war ausnehmend zähe, besonders in der Umgebung der Ventrikel, welche wenig Flüssigkeit enthielten und deren Ependym sehr fest war; das des vierten Ventrikels war granulirt. Die Schädelbasis war unsymmetrisch, die rechte Hälfte war stärker entwickelt; dem entsprechend zeigte sich eine asymmetrische Bildung der Hirnbasis. Die Hirnarterien waren stark atheromatös entartet. In den

Lungen war starkes Oedem. Der linke Herzventrikel war etwas hypertrophisch, die Mitralklappe etwas verdickt, die Herzmusculatur blassbraun und brüchig. Die Organe der Bauchhöhle zeigten schon senile Atrophie. Die Corticalsubstanz der Nieren war schmal, weissröthlich und mürbe.

Bei einem 80jährigen Kornmesser, welcher an Marasmus litt und an Lungenödem starb, aber mit Ausnahme der letzten Tage vor dem Tode, wo er etwas delirirte und den Urin unter sich gehen liess, keine besonderen Störungen der Hirnfunctionen gezeigt hatte, fand man die Residuen der Pachymeningitis in ausgezeichneter Weise auf der Mitte der linken Hemisphäre. Die Dura Mater erschien hier ausserordentlich verdickt; beim Einschneiden zeigte sich hier ein vollständig geschlossener, platter Sack, dessen obere Wandung mit der Dura Mater fest verbunden war, so dass beim Trennen viele Blutpuncte erschienen; die der Pia mater zugewendete Fläche war etwas uneben und mit Gefässneubildungen an einzelnen Stellen versehen, welche sternförmige Injectionen darstellten. An anderen Stellen waren weisse, narbige Stränge. An einer Stelle von der Grösse eines Zehngroschenstücks war der Sack mit der Pia mater verwachsen; die Hirnrinde war hier etwas zähe, sonst nicht wesentlich verändert. Der Sack war ganz leer, seine Wandungen hatten durchweg das weissgraue Ansehen der Dura Mater; die innere Fläche war glatt.

Meningitis spinalis.

Ein 45jähriger kräftiger Arbeitsmann fiel vor 5 Jahren auf den Rücken und musste wegen Schmerzen mehrere Monate das Bett hüten; endlich ward er allmählich, namentlich beim Gebrauch von Dampfbädern, besser. Trotzdem, dass er von Zeit zu Zeit, namentlich bei Witterungsveränderung, Schmerz im Rücken empfand, verrichtete er doch schwere Arbeit. Nach und nach hatte er eine Verkrümmung des Rückens bemerkt. Drei Wochen vor seiner Aufnahme in's Krankenhaus, welche am 24. August erfolgte, hatte er starke Schmerzen im Rücken und in den Beinen bekommen, welche immer mehr zunahmen und endlich Lähmung der Beine herbeiführten. — Die unteren Brustwirbel waren nach hinten ausgebogen, aber nicht scharf winklig geknickt; die Berührung derselben war sehr empfindlich. Ebenso war schon die oberflächliche Berührung der Beine empfindlich, namentlich an den Waden. Die Gelenke waren nicht geschwollen und gut beweglich. Die Urinentleerung war seit 4 Tagen nur unvollkommen von Statten gegangen; die Blase war sehr ausgedehnt und musste mit dem Catheter entleert werden. Der Stuhlgang war zurückgehalten. Der Appetit fehlte, die Zunge war stark belegt; die Haut feucht, mässig warm, der Puls frequent und klein, die Respiration war beschleunigt, die Brust nirgends schmerzhaft. (Zwei grosse Vesicantien längs des Rückens; Emulsion mit Campher und Opium, Ricinusöl.) Schon am folgenden Tage starb der Kranke, ohne dass eine wesentliche Erleichterung erfolgt war.

Die Wirbelsäule machte zwischen dem 9. und 10. Brustwirbel eine scharfe Knickung; der 9. Wirbel war stark nach hinten gerichtet, der

Körper desselben war eitrig infiltrirt und theilweise zerstört, das umgebende Zellgewebe erschien ebenfalls eitrig infiltrirt. Das Zellgewebe im Wirbelcanal war an der hinteren Fläche mit dicker, eitriger Flüssigkeit erfüllt, an der vorderen Fläche nur im Bereiche des 9. und 10. Brustwirbels. Der Sack der Dura mater war bei Eröffnung der Wirbelsäule verletzt, daher über etwa in demselben vorhanden gewesene Flüssigkeit nicht zu urtheilen. Im Bereiche der kranken Wirbel war die Dura Mater verdickt und mit Exsudat infiltrirt; die Arachnoidea war nur an einer kleinen Stelle der vorderen Fläche mit Exsudat bedeckt, die Pia mater war sehr blutreich. Die Substanz des Rückenmarkes war, dem Sitze der Wirbelerkrankung entsprechend, etwa einen Zoll oberhalb der Cauda equina zusammengefallen, weich, mit Flüssigkeit infiltrirt. Die weiche Beschaffenheit verlor sich allmählich von dieser Stelle aus nach oben und nach unten. — Die Arachnoidea des Gehirns war getrübt, unter derselben eine mässige Menge Wasser. Die Pia Mater und die Hirnsubstanz waren mässig blutreich; in den Ventrikeln war nicht viel Wasser, das Ependym des vierten Ventrikels war granulirt. — Die schon etwas von Fäulniss ergriffenen Lungen waren an einzelnen Stellen an die Rippenwand angeheftet; in beiden fanden sich viele gelbe, keilförmige, ziemlich grosse Heerde, welche grösstentheils breiig zerfallen waren. In den entsprechenden Aesten der Lungenarterie waren theilweise schon im Zerfall begriffene Thromben. Auf dem Herzen fand sich ein sogenanter Sehnenfleck; auf der Oberfläche des linken Ventrikels eine blutig suffundirte Stelle, welcher entsprechend im Herzfleische sich eine blutige Infiltration mit Bildung eiterartiger Flüssigkeit im Centrum zeigte. Die Klappen waren normal; im rechten Atrium zeigte sich ein starkes Fibringerinnsel. — Die Milz war wenig vergrössert, dunkel, fast zerfliessend. — Die Leber blass, schlaff; die Galle hellbraun und trübe. — Die Nieren geschwellt, ziemlich fest mit der Kapsel verbunden. Die Rindensubstanz aufgelockert, schmutzig grauroth, zerreisslich, mit trüber Flüssigkeit infiltrirt; in je einem Markkegel der beiden Nieren kleine rundliche, gelbweisse, mässig feste Ablagerungen mit einem dunkelrothen Hofe.

Hämorrhagie.

Hämorrhagie des Gehirns und ihre Folgen fanden sich bei den Sectionen in 17 männl., 13 weibl. Leichen. Die Unterscheidung zwischen den Ueberresten von Hämorrhagie, Entzündung nnd necrotischem Zerfalle der Hirnsubstanz in Folge von Thrombose ist häufig sehr schwer, da Gewebszertrümmerung, Bluterguss und Bindegewebsbildung bei allen drei Affectionen vorkommen. Die Ansichten über solche Befunde haben sowohl im Allgemeinen, als in den einzelnen Fällen vielfach gewechselt, indem früher Veränderungen als durch Encephalitis bedingt angesehen wurden, welche man später als necrotische Processe auffasste. So sind bei der Deutung eingesunkener rostbrauner Stellen an der Hirnrinde diese

sowohl auf Hämorrhagie, als auf Entzündung zurückgeführt worden; die Hämorrhagie der Hirnhäute wird jetzt als Entzündungsproduct angesehen, während vor nicht sehr langer Zeit derselben jeder entzündliche Ursprung abgesprochen wurde. Es sind in der folgenden Uebersicht apoplectische und Erweichungsheerde zusammengefasst.

Der Sitz der Hämorrhagie und ihrer Folgezustände vertheilte sich folgendermassen. Er betraf die Hirnwindungen bei 6 männl., 1 weibl., die Masse der Hemisphären rechts bei 1 männl., links bei 2 männl.; das rechte Corpus striatum bei 5 männl., 8 weibl., das linke bei 1 männl., 3 weibl., beide Corpora striata bei 2 männl.; den linken Thalamus bei 1 männl., beide Thalami bei 1 weibl. Leiche. Einmal fand eine Hämorrhagie zwischen die Hirnhäute durch Ruptur eines Aneurysma einer kleinen Hirnarterie statt.

Die Symptome, die durch diese Veränderungen erregt waren, zeigten mancherlei Verschiedenheit, welche keineswegs immer von dem Sitze der Hämorrhagie abhängig waren. Manchmal fehlten alle Hirnerscheinungen. Die frühere Lebensgeschichte mancher Kranken möchte in vielen Fällen vielleicht Hinweise auf stattgehabte plötzliche Lähmungserscheinungen enthalten haben, jedenfalls waren sie aber aus der Erinnerung der Kranken so verschwunden, dass sie, ohne specielle Nachfrage, derselben nicht erwähnten. Dies ist bei sehr bejahrten, altersschwachen Personen gewiss keine seltene Erscheinung. Es giebt aber ebensowohl einzelne Fälle, welche sich nicht auf diese Weise erklären lassen.

Residuen von Hämorrhagie der Hirnrinde, an der seitlichen und unteren Fläche beider linker Lappen der grossen und der unteren Fläche der rechten Hälfte des kleinen Gehirns wurden bei einem 34jährigen Wirth gefunden, welcher seit 6 Jahren an öfteren epileptischen Anfällen litt und im Krankenhause an Tuberculose starb. Bei einem 41jährigen Krankenwärter dagegen, welcher seit 3 Jahren im Krankenhause angestellt war und an Atrophie der Nieren mit Hypertrophie des Herzens starb, fand man an beiden hinteren Hirnlappen, nahe der Fossa Sylvii, das Gehirn in einen weichen, bräunlichen Brei verwandelt, in welchem sich netzförmige, weisse Stränge befanden; die Hirnrinde war hier eingesunken und von rostbrauner Farbe; an der rechten Seite erstreckte sich die Zertrümmerung der Hirnsubstanz bis in das Corpus striatum, links

war sie nur oberflächlieh. Dieser Mann hatte nie Symptome gehabt, welehe auf Hirnleiden hätten schliessen lassen.

Alte Heerde in der Hirnrinde fanden sieh bei einem stumpfen, geistesschwaehen, blinden Manne von 59 Jahren, wcleher eine sehr grosse Zahl von älteren und frischeren apopleetisehen Heerden an versehiedenen Stellen des Gehirns hatte; desgleichen bei einem 81jährigen geistesschwachen Arbeitsmanne. Bei einem 88jährigen Manne, weleher an Bronehial- und Blasen-Catarrh litt, fand man versehiedene Heerde in der Hirnrinde am grossen und kleinen Gehirn, ohne dass, mit Ausnahme weniger Tage vor dem Tode, derselbe an Hirnerscheinungen, oder aueh nur an Amentia senilis gelitten hätte. — Bei einer 55jährigen Frau, welche an tubereulöser Pleuritis starb, waren frische, eapilläre Apoplexieen der Hirnrinde, ohne dass die Symptome darauf hingedeutet hätten. — Bei einem 81jährigen Manne mit Apoplexie der Hirnrinde und der Hemisphäre waren dagegen apopleetisehe Symptome zugegen.

Im Corpus striatum wurden bei 2 Männern von 72 Jahren, bei 6 Frauen von 48, 70, 72, 77 und 80 Jahren Residuen von Hämorrhagie gefunden, ohne dass irgend welche Symptome vorhanden gewesen wären. In den übrigen Fällen waren die gewöhnlichen Zeiehen der Hirnapoplexie mit Lähmung zugegen gewesen. Bei einem 56jährigen Manne, welcher an Lähmung beider Beine gelitten hatte, fand man in jedem Corpus striatum einen alten apoplectischen Heerd. Die Hämorrhagieen im Thalamus hatten in allen Fällen Symptome von Apoplexie herbeigeführt. Dagegen waren in zwei Fällen von Hämorrhagieen in der Masse der Hemisphären, bei einem 54jährigen an Tuberculose verstorbenen und einem 80jährigen marastisehen Manne keine Erscheinungen vorhanden gewesen. — In zwei Fällen von starkem Bluterguss zwisehen Dura mater und Arachnoidea war starker Sopor zugegen.

Krankhafte Veränderungen am Herzen und den Arterien waren fast in allen Fällen zugegen; in 3 Fällen bei zwei Männern von 41 und 58 Jahren und einer 47jährigen Frau war Herzhypertrophie und Atrophie der Nieren vorhanden.

Sclerose des Gehirns.

Dieser noch nieht genügend untersuehte Proecss in der Marksubstanz des Gehirns muss, wie sich immer deutlicher herausstellt, jedenfalls als ein Rückbildungsvorgang aufgefasst werden, welcher Folge von verschiedenen Krankheitsprocessen sein kann. Abgesehen

von der Zähigkeit, welche das Gehirn so häufig bei alten Personen zeigt, wurden auch im Jahre 1859 im Krankenhause mehrere Fälle von Hirnsclerose beobachtet, welche nicht als einfache Altersveränderung aufzufassen waren. In 6 Fällen, bei 1 männlichen und 5 weiblichen Kindern, war die Sclerose wahrscheinlich angeboren. Die Kinder hatten ein Alter von 1/4, 1 1/2, 1 3/4, 3, 5 und 6 Jahren. Bei den älteren Kindern bestand vollständiger Idiotismus, die Kinder konnten zum Theil nicht allein essen; bei den kleineren war über Blödsinn natürlich schwer zu urtheilen; ausserdem waren epileptische Krämpfe häufig. Klumpfuss war in einigen Fällen zugegen; bei dreien war der Schädel verbildet, theils zu klein, theils asymmetrisch. Die Sclerose betraf stets das Mittelhirn vorzugsweise, dehnte sich aber in geringerem Grade über die ganze Marksubstanz aus. Diese erschien blendend weiss, zähe, zum Theil knorplig hart, in einzelnen Fällen etwas durchscheinend. Die Ventrikel waren meist etwas erweitert, jedoch nicht viel Wasser enthaltend. — Diese Fälle schliessen sich an die in meinem vorigen Berichte erwähnten an. Von den Fällen bei Erwachsenen sind folgende zu erwähnen:

Ein 45jähriger Arbeitsmann erlitt im Jahre 1857 einen Anfall von Apoplexie, welcher eine Lähmung der linken Körperhälfte zurückliess; gleichzeitig war das rechte Auge nach aussen gerichtet und konnte nicht nach innen bewegt werden. Wollte der Kranke mit beiden Augen einen Gegenstand fixiren, so sah er doppelt. Die Pupille war ganz beweglich. Die Lähmung besserte sich nur bis auf einen gewissen Grad, trotz verschiedener innerhalb und ausserhalb des Krankenhauses angewendeter Mittel. Er war zweimal der Lähmung halber im Krankenhause. Nachdem er im Februar 1859 zum zweitenmale entlassen wurde, kehrte er im October wieder, nachdem er Tags zuvor einen neuen apoplectischen Anfall mit Lähmung der rechten Seite bekommen hatte. Er war vollkommen bei Bewusstsein und weinte viel über sein Unglück. Es entwickelten sich bald die Erscheinungen der Lungenhypostase und er starb eine Woche nach der Aufnahme. — Der Körper war wohlgenährt, der Schädel unsymmetrisch, die Sagittalnath geschlängelt. Die Arachnoidea war getrübt; unter derselben wenig Flüssigkeit; die Pia mater und die Hirnsubstanz waren blutreich. Die Marksubstanz zeigte sich ausnehmend zähe, vorzüglich im Centrum semiovale; die Ventrikel waren erweitert, mit röthlichem Serum angefüllt; das Ependym stark verdichtet und granulirt. Im linken Corpus striatum war eine undeutlich umgrenzte weichere Stelle, deren Centrum erweicht erschien. Diese Stelle unterschied sich in ihrer Färbung durch nichts von der übrigen Hirnsubstanz. — In den Lungen fand sich Bronchopneumonie und blaurothe, fleischartige Verdichtung des hinteren Theils der unteren Lappen, auf deren Pleura kleine Ecchymosen

befindlich waren. Das Herz war stark mit Fett bewachsen, im Querdurchmesser vergrössert, schlaff, die Ventrikel weit. — Die Organe des Unterleibs ohne erwähnenswerthe Veränderung.

Eine 72jährige Näherin wurde am 28. Mai 1858 aufgenommen. Sie hatte vor 10 Tagen einen apoplectischen Anfall bekommen, in Folge dessen die linke Seite gelähmt war. Sie konnte nur undeutlich sprechen und die Zunge nur mühsam hervorstrecken; dabci klagte sie viel über Kopfschmerz, besonders der linken Seite. Am 5. Juni trat ein leichter convulsivischer Anfall ein, welcher sich nicht wiederholte. Dagegen kam am 30. Jnni ein neuer apoplectischer Anfall, in Folge dessen sie ganz bewusstlos mit langsamem, kleinen Pulse dalag. Sie erholte sich langsam wieder und befand sich bis zum 14. October 1859 verhältnissmässig wohl. An diesem Tage trat auf einmal wieder völlige Bewusstlosigkeit mit unvollkommener Lähmung des Schlundes ein. Sie kam wieder etwas zu sich, blieb indess sehr kümmerlich und klagte viel über Kopfschmerz an der linken Seite. Seit Anfang November lag sie meist schlummersüchtig da und genoss fast nichts. Am 12. December starb sie ohne Hinzutritt neuer Erscheinungen. — Bei der Section des abgemagerten, welken Körpers fand man das Schädeldach niedrig, verdickt, mit der Dura Mater mehrfach verwachsen; an der inneren Schädelfläche war mehrfach Osteophytenbildung. Die Arachnoidea war getrübt, fein granulirt, unter derselben, zwischen den Hirnwindungen viel Wasser. Die Marksubstanz des Gehirns war sehr zähe, die Ventrikel waren weit, mit Wasscr erfüllt, das Ependym verdichtet. Nirgends eine Spur eines hämorrhagischen Heerdes. — In den Lungen, auf der Pleura und dem Peritonaeum Miliartuberkeln; im Dünndarm Tuberkelgeschwüre.

Bei einer 59jährigen Frau, welche an Tuberculose der Lungen und des Darmcanals starb, welche nie Hirnerscheinungen irgend welcher Art gezeigt hatte, fand sich auf dem linken Thalamus eine seröse Cyste; im rechten unteren und einem Theile des mittleren Lappcns des kleinen Gehirns war die Mark- und Rindensubstanz beträchtlich sclerosirt; letztere war von schmutzig weisser Farbe und von der Marksubstanz durch das Aussehen wenig verschieden.

Mangelhafte Entwickelung des Gehirns ohne Sclerose.

Ein Fall dieser Art kam bei einem 2jährigen Knaben vor. — Der Schädel des Kindes war klein und ganz rund und trat gegcn das Gesicht zurück; die Augen convergirten nach innen, standen schräg gerichtet, die Nase war klein, der Mund gross und beständig geöffnet; das Schlucken war oft beschwerlich, der Athem häufig schnarchend; von Zeit zu Zeit traten heftige epileptische Krämpfe auf. — Die Windungen der Hemisphären erschienen breit und wenig zahlreich, die hinteren Lappen des grossen Gehirns waren wenig entwickelt, so dass man das kleine Gehirn theilweise unbedeckt sah. In den Ventrikeln war wenig Wasser; der mittlere Theil des Gehirns schien wohlgebildet. Am kleinen Gehirn war

sowohl der obere als der untere Wurm sehr kurz. Die Hirnsubstanz zeigte sich nirgends verändert. —

Angeborener Substanzverlust.

Ein 44jähriges Frauenzimmer, welches von Jugend auf epileptisch und blödsinnig war, kam im letzten Stadium der Lungentuberculose in's Krankenhaus. Ihr Schädel war unsymmetrisch; die rechte Hälfte weniger entwickelt. Die Arachnoidea erschien kaum getrübt, unter derselben fand sich nur ein mässiger Wassererguss. Am rechten unteren Lappen war vorn und an der äusseren Seite ein beträchtlicher Substanzverlust, über welchen die Pia Mater wie eine Blase gespannt erschien. Beim Einschneiden entleerte sich eine Menge klaren Wassers. An der angegebenen Stelle bestand eine geräumige Höhle in der Hirnsubstanz, welche nach einer anderen Stelle mehr nach hinten nur von den Hirnhäuten geschlossen war. Die Höhle war von einer glatten, theils durchscheinenden, theils milchig getrübten Membran ausgekleidet und hatte eine unregelmässige Form. Die begrenzende Hirnsubstanz erschien von normaler Farbe, war aber sclerosirt. Das hintere, sehr erweiterte Horn des Seitenventrikels communicirte nicht mit der Höhle. Das übrige Gehirn war ohne Veränderung. — Sie hatte stotternd gesprochen, aber keine Lähmung gezeigt; an den Augen war starker Nystagmus vorhanden gewesen.

Ein zweiter Fall wurde bei einer 63jährigen Schuster-Wittwe beobachtet, welche am 27. August als an „Apoplexie nach Cholera“ leidend in's Krankenhaus geschickt war. Sie war tief soporös, versuchte zwar, die an sie gestellten Fragen zu beantworten, sprach aber ganz unverständlich; ihre Ausleerungen waren unwillkührlich, die Augen halb geschlossen, die Cornea mit Schleim bedeckt. Die Haut war warm, am Kopfe sogar heiss; der Puls frequent und klein. Sie starb nach wenigen Stunden. — Das Schädeldach war dick, blutreich, an der inneren Fläche mit platten, warzenförmigen Osteophyten bedeckt. Der Schädel war gleichzeitig unsymmetrisch. Nach Ablösung der Dura Mater zeigte sich auf der Höhe der linken Hemisphäre eine ungefähr apfelgrosse, mit klarem Wasser erfüllte Vertiefung, über welche die etwas getrübte und fein granulirte Arachnoidea hinweg ging. Die Hirnwindungen erschienen hier wie von oben eingedrückt und waren in dieser Lage von der Pia Mater bekleidet. Die hinteren Hörner beider Seitenventrikel waren stark verengt. Die Marksubstanz, namentlich an der Grenze der Vertiefung, war sehr zähe; die Corticalsubstanz an den zusammengedrückten Windungen atrophisch. Der Schädel zeigte an der Stelle der Austiefung der Hirnsubstanz keine entsprechende Veränderung. Nirgends frische Hämorrhagie oder Spuren einer älteren. — Die Nieren waren etwas geschwellt, blutreich, die Rindensubstanz röthlich gelb, die Papillen und Kelche mit trübem Urin gefüllt. — Die übrigen Organe ohne eine auf den Krankheitsverlauf bezügliche Veränderung. — Der Umstand, dass die Dauer der Krankheit auf 2 Tage angegeben war, sowie ihre Verheirathung sprechen dafür, dass vor dieser Zeit keine wesentlichen Störungen der Hirnfunction, namentlich kein Idiotismus, stattgefunden hatte.

Atrophie des Rückenmarks wurde bei 2 männlichen Kranken gefunden. Der eine, ein 47jähriger Arbeitsmann, war seit dem 27. Mai 1857 im Krankenhause und litt vor seiner Aufnahme schon 2 Jahre an den gewöhnlichen Erscheinungen der Paraplegie von Atrophie des Rückenmarks. Er starb im Juli an der Cholera. Bei ihm waren die hinteren Rückenmarksstränge im mittleren Theil der Medulla im Zustande der gallertigen Atrophie; das Rückenmark erschien hier deutlich schmäler und war nach dem Cervical- und Lumbartheile hin mehr von normalem Aussehen. — Der andere, ein 57jähriger Buchdrucker, am 6. Februar 1858 aufgenommen, wollte damals erst 3 Wochen krank sein, obwohl er schon vollständige Paraplegie hatte. Es bildeten sich bei ihm bald deutliche Erscheinungen der Lungentuberculose aus; dennoch lebte er im elendesten Zustande bis zum 6. April 1859. Seine Hauptklage war ein beständiger Krampf am Blasenhalse und im Sphincter ani, kein Mittel vermochte denselben zu beseitigen. — Bei ihm zeigte sich ebenfalls der mittlere Theil des Rückenmarks bedeutend schmäler, auf dem Durchschnitt zeigte sich die gallertige Atrophie fast durch die ganze Dicke des Rückenmarks.

Thrombose im Sinus longitudinalis superior zeigte sich bei einem männlichen Kranken, der an Tuberculose litt und an Pneumothorax starb. Es waren weder im Leben noch an der Leiche Erscheinungen von darauf bezüglicher krankhafter Veränderung der Hirnsubstanz vorhanden, obwohl der Thrombus nicht allein an einer Stelle der Wand des Sinus fest adhärirte, sondern auch hier zu einem gelblichen Brei zerflossen war. Es hatte sich bei dem Kranken eine Thrombose der Venen des linken Arms ausgebildet, welche sich bis in die jugularis interna sinistra fortsetzte; von dieser aus hing der Thrombus vermittels des linken Sinus transversus mit dem im Sinus longitudinalis zusammen.

Neubildungen der Schädelhöhle.

Sarcome von der Dura mater ausgehend wurden dreimal beobachtet; einmal bei einem 56jährigen Schuster, welcher an Thrombose der Arteria Iliaca externa und Gangrän des Schenkels starb. Er zeichnete sich durch ungemeine Euphorie aus, hatte aber keine Zeichen, welche man auf die Geschwulst hätte beziehen können. Sie hatte die Grösse eines Kirschkerns und hatte ihren Sitz nahe dem Porus acusticus internus. In der Hirnsubstanz fand

sich kein Eindruck. — Das zweitemal bei einer 61jährigen Frau, welche an Purpura haemorrhagica litt und durch Nasenbluten sehr erschöpft in's Krankenhaus kam, wo sie nach 3 Tagen starb. Die Geschwulst hatte die Grösse eines Silbergroschens und sass auf der Mitte der linken Hemisphäre des grossen Gehirns, wo sie einen seichten Eindruck gemacht hatte. Die Geschwulst war theilweise verknöchert. — Das dritte Mal war die Geschwulst bedeutend grösser und hatte auch während des Lebens bedeutende Erscheinungen hervorgerufen.

Die Kranke, eine 58jährige Schifferswittwe, hatte lange an heftigem Kopfschmerz und an Schwindelanfällen gelitten. Der Schwindel nahm in der letzten Zeit so zu, dass sie nicht mehr allein gehen konnte. Sie hatte im Laufe der Zeit eine Parese der linken Gesichtshälfte und des linken Arms bekommen. Ihre Intelligenz hatte allmählich gelitten und sie war nicht mehr im Stande, etwas verwickeltere Verhältnisse zu übersehen, sprach aber nie verkehrt. Die Sprache war etwas undeutlich, die Zunge ward beim Hervorstrecken etwas nach rechts gerichtet, das rechte Auge war schwächer, das rechte Ohr dagegen das stärkere. Sie war vom 20. Januar 1857 bis zum 17. August 1859 im Krankenhause und befand sich in der letzten Zeit auf der Siechenstation. Ihr Zustand blieb sich im Wesentlichen gleich; nur litt sie in der letzten Zeit an heftigem, rechtsseitigen Gesichtsschmerz. — Bei der Section erschien die Arachnoidea wenig getrübt; die Hirnwindungen erschienen abgeplattet, obwohl das Gehirn nicht hervorquoll. Die Ventrikel waren erweitert, mit klarem Wasser erfüllt; der Blutreichthum des Gehirns war nicht bedeutend. Unter dem Tentorium Cerebelli in der linken Hälfte der hinteren Schädelgrube befand sich eine Hühnereigrosse, weisse Geschwulst, fest mit der Dura mater und dem Knochen verbunden, mit der zusammengedrückten linken Hemisphäre des kleinen Gehirns nur vermittels der Hirnhäute zusammenhängend. Die Geschwulst enthielt deutlich Blutgefässe und war beim äusseren Ansehen einem Markschwamm ähnlich. Die Hirnsubstanz war an einzelnen Stellen sehr weich, an anderen etwas zähe, hatte aber entschieden nur durch den Druck der Geschwulst gelitten. An den Nervenursprüngen war keine Abweichung zu bemerken. Der Knochen war in der Umgebung der erkrankten Stelle verdickt und wie aufgebläht. — Der Befund der übrigen Organe deutete auf vorzeitigen Marasmus; die Lungen waren serös infiltrirt, die Blase und die Nierenbecken zeigten die Erscheinungen des Catarrhs.

Die microscopische Untersuchung zeigte bei allen drei Geschwülsten im Wesentlichen dieselbe Structur, Bindegewebsfasern, spindelförmige Zellen und reichliche, rundlich-ovale, concentrisch geschichtete Kalkablagerungen und Kalkincrustationen grösserer Bindegewebsbündel. In der grossen Geschwulst waren an den weicheren Stellen die spindelförmigen Zellen vorherrschend; in

der einen Geschwulst, von der 61jährigen Frau war neben der Kalkincrustation wahre Knochenbildung in der Geschwulst selbst vorhanden.

Krebsablagerung ward in der rechten Hemisphäre des grossen Gehirns im hinteren Lappen bei einer 76jährigen Frau bei primärem Lungenkrebs gefunden; es hatten sich keine Hirnerscheinungen gezeigt, ausser einem in den letzten Tagen vor dem Tode auftretenden Sopor. — In einem anderen Falle war im übrigen Körper keine Krebsablagerung vorhanden.

Die Kranke war ein Dienstmädchen von 29 Jahren, welche seit zwei Jahren sich unwohl befand. Ihre Menstruation hatte seit der Zeit gänzlich gestockt und es waren häufig heftige Kopfschmerzen mit Erbrechen aufgetreten. Diese traten in unregelmässigen Intervallen auf; in der Zwischenzeit war kein Kopfschmerz vorhanden. Die Schmerzen schilderte sie als äusserst heftig und verglich sie mit dem Gefühl, als ob ein Thier im Kopfe sässe. Zeichen von Geistesverwirrung waren indessen nicht vorhanden. Die Verdauung war häufig gestört, der Stuhlgang meist träge; sonst waren keine Krankheitserscheinungen vorhanden, namentlich weder Lähmung noch Krampf, noch Schmerz im Verlauf gewisser Nerven, ebensowenig Störungen der Sinnesfunctionen. Während der Kopfschmerzanfälle klagte sie über Sausen vor den Ohren; sie lag dann weinend und jammernd da, bewegte den Kopf möglichst wenig. Ausserhalb der Anfälle sass und stand sie ohne alle Beschwerden. Erbrechen trat während der Anfälle meist ein; die Dauer der Anfälle war oft Tage lang. Im Anfange schien eine regelmässige Intermission vorhanden zu sein; indessen hatte Chinin keinen Einfluss. Je mehr man die Kranke beobachtete, desto mehr trat die Annahme einer consensuellen Hemicranie ohne organisches Hirnleiden in den Hintergrund. Die Kranke litt zu heftig in den Anfällen; ausserdem veränderte sich allmählich der Gesichtsausdruck; derselbe ward theilnahmloser und die Augen wurden etwas glotzend. Es wurde ein grosser Schorf mit kaustischem Kali im Nacken gebildet und hieraus eine grosse Fontanelle gemacht. Innerlich wurde bald nur Morphium oder Opium gegeben, da Abführungen und die sogenannten Nervina, wie auch die übrigen Narcotica erfolglos geblieben waren. Die Anfälle blieben oft längere Zeit aus, kehrten aber stets mit grosser Heftigkeit wieder. Die Kranke verlor allmählich den Appetit und ihre Kräfte nahmen in Folge dessen etwas ab. Vier Wochen nach ihrer Aufnahme klagte sie eines Abends über ganz unerträgliche Schmerzen und bat dringend um Hülfe; es wurden einige Blutigel verordnet; noch während der Ansetzung derselben sank sie plötzlich todt zusammen.

Bei der Section zeigte sich der Schädel vorn flach, nach hinten mehr gewölbt. Die harte Hirnhaut war sehr blutreich und stark gespannt. Die Arachnoidea war wenig getrübt, unter derselben kaum etwas Serum. Die Hirnwindungen waren abgeplattet; die Marksubstanz war zähe, namentlich

in der Nähe der Ventrikel. In diesen fand sich viel blutiges Serum; die vorderen Hörner waren vergrössert, das Genu corporis callosi nach vorn gedrängt, der Fornix war in seiner mittleren Partie etwas erweicht, die vordere und hintere Comissur deutlich, aber etwas gedehnt, die weiche nur in brückenartigen Strängen erhalten. Im dritten Ventrikel befand sich eine glatte, blutreiche, durchscheinende Geschwulst, grösstentheils von der Consistenz einer dicken Gallerte, in deren Mitte sich ein festeres Stroma befand, in welchem man ockerfarbige Reste früherer Hämorrhagieen und frische kleine Blutextravasate bemerkte. Die Geschwulst drang bis auf die Hirnbasis, an welcher sie das Tuber cinereum einnahm und die anliegenden Theile auseinander gedrängt hatte, ohne sie zu zerstören. Die vorderen Anschwellungen der Vierhügel waren etwas abgeplattet, die Vierhügel überhaupt nach hinten gedrängt. Die Hirnhäute waren an der Stelle der Geschwulst nicht krankhaft verändert: die Hypophysis und die Nervenursprünge zeigten ebenfalls keine Veränderung. — Der übrige Befund bot nichts Erwähnenswerthes.

An die krebshaften Geschwülste reihe ich folgende Fälle, in welchen eine microscopische Untersuchung nicht vorgenommen wurde und sich anderweitig keine Krebsablagerungen fanden.

Eine 59jährige Arbeitsmannsfrau, frühzeitig gealtert, ward am 2. Februar aufgenommen. Sie war ganz kindisch, war Nachts oft nicht im Bett zu halten, lachte stets ohne Grund und gab ganz verkehrte Antworten. Sie hatte eine belegte Zunge, Appetitmangel und sehr trägen Stuhlgang. Sie selbst klagte über krampfhafte Zuckungen in den Beinen, war jedoch zu einer gehörigen Schilderung ihres Zustandes nicht zu bringen. Ihr Zustand veränderte sich wenig bis zum 18., wo sich eine beschränkte Zellgewebsentzündung am Halse in der Gegend des Ringknorpels bildete, welche sich aber in wenigen Tagen bei Kataplasmen zertheilte. Am 24. Februar ward sie am Morgen plötzlich bewusstlos und auf der rechten Seite gelähmt; am Abend starb sie. — Bei der Section fand man die Hirnwindungen abgeplattet, unter der Arachnoidea kein Serum; die Pia Mater und die Hirnsubstanz blutreich, letztere zähe. Die Ventrikel enthielten wenig Wasser, das Ependyma war verdickt. Im linken vorderen Hirnlappen befand sich eine nach unten von der Hirnsubstanz abgezweigte und hier etwas gelappte Geschwulst, die an anderen Stellen sich nicht deutlich isoliren liess. Im Centrum war dieselbe fest, schwielig, rothgrau und durchscheinend, sonst theils gelbbraun, von kleinen Maschenräumen durchzogen und mässig fest, theils röthlich gefärbt und erweicht. Im hinteren Lappen befand sich eine kleinere ähnliche Stelle, welche aber an einer Stelle als Geschwulst von der Hirnsubstanz abzulösen war. Im Uebrigen zeigte das Gehirn keine Veränderung. — Die übrigen Organe liessen die gewöhnlichen Altersveränderungen erkennen; am scharfen Rande des rechten unteren Lungenlappens fand sich ein umfänglicher keilförmiger Heerd, scharf abgegrenzt, theils eitrig zerfallend, theils necrotisches Gewebe enthaltend. In den Aesten der Lungenarterie waren keine Pfröpfe. Dabei Oedem der Lungen. — Am Herzen atheromatöse Erkrankung des Endocardium und der Herzklappen in mässigem Grade.

Eine 56jährige Schlachterswittwe wurde am 23. Mai aufgenommen. Sie war verwirrt und nicht im Stande eine brauchbare Auskunft zu geben, doch erfuhr man, dass sie vor etwa einer Woche einen apoplectischen Anfall erlitten habe, in Folge dessen sie linksseitig gelähmt war. Seit nahe an einem Jahre hatte sie viel an Herzklopfen gelitten. Sie klagte über heftige Kopfschmerzen, vorzüglich Nachts, und über Athemnoth. Ihr Körper war schwächlich gebaut und mager, der Thorax war etwas fassförmig, das Herz vergrössert, die Schläge unrythmisch, die Töne laut aber rein; der Puls schwach. Die linke Körperhälfte war vollständig gelähmt. Das Gefühl war ebenfalls etwas vermindert, die Pupillen waren ungleich, die linke weiter als die rechte. Des Nachts war die Kranke unruhig, schwatzte viel und klagte über Kopfschmerz, des Morgens war sie ruhig und klagte wenig. Die Kranke ward nach Ablauf der ersten Woche ruhiger und etwas vernünftiger, am 10. Juni starb sie plötzlich in der Nacht, ohne dass man am Abend vorher eine Veränderung an ihr wahrgenommen hatte.

Die Leiche hatte welke Haut, dunkelgelbes Fett, blasse Muskeln und erschien etwas abgemagert. Der Schädel war etwas klein, auf der inneren Fläche waren, vorzüglich längs der Pfeilnath, viele Gefässeindrücke und platte, warzige Osteophyten. Die Arachnoidea war wenig getrübt, unter derselben wenig Wasser. Im rechten Corpus striatum, ziemlich in der Tiefe und mehr nach Aussen war eine Geschwulst von der Grösse einer Pflaume und von der Consistenz einer Lymphdrüse. Sie war aus einem Stroma von Bindegewebe gebildet, umschloss Reste der Hirnsubstanz und rostfarbene Ueberreste älterer Hämorrhagien. Die umgebende Hirnsubstanz war bis nahe an die Oberfläche des seitlichen mittleren Theils der Hemisphären in einen röthlich gelben mit kleinen Blutextravasaten untermischten Brei verwandelt. Das Corpus striatum erschien etwas zusammengefallen, in den Ventrikeln war wenig Serum. Die Hirnhäute zeigten keine Veränderung. Die Glandula thyreoidea vergrössert; die Lungen nach hinten ödematös. Das Herz im Breitendurchmesser vergrössert, etwas schlaff, ziemlich stark mit Fett bewachsen; der linke Ventrikel erweitert, die Wandung verdickt, die Mitralklappe am Rande etwas verdickt, die Aorta stark atheromatös. — Die Leber mässig blutreich, etwas geschrumpft, mit granulirter Oberfläche; die Substanz durch schwieliges Gewebe in grössere und kleine Läppchen geschieden. Milz dunkel und weich; die Nieren etwas atrophisch, sehr fest und blutreich, die Oberfläche glatt. — Catarrh der Magenschleimhaut: die Venen des Mesenterium erweitert. Die inneren Genitalien ohne wesentliche Veränderung.

Die **Tuberkelgeschwülste**, welche in der Hirnsubstanz vorkamen, erregten keine besonderen Zufälle: zwei Kranke delirirten freilich gegen das Ende ihrer Krankheit, das einemal war jedoch Tuberculose der Pia mater bei acuter Tuberkelbildung in anderen Organen vorhanden, das anderemal unterschieden sich bei einer ganz erschöpften Kranken die Delirien und der kurz vor dem Tod

eintretende Sopor in Nichts von den unter ähnlichen Umständen ohne Hirntuberkel auftretenden Erscheinungen.

In den bisher angeführten Fällen war der Sitz der Erkrankung durch die Section festgestellt: bei den übrigen scheint es passender die Eintheilung nach den wesentlichen Symptomen zu wählen, da bei Krankheiten des Gehirns und Rückenmarks die Diagnose des Sitzes der Krankheit schwer richtig zu stellen ist und leicht zu Irrthümern führt.

Lähmungen.

Allgemeine Paralyse. Es kommen bekanntlich mitunter Fälle von allgemeiner progressiver Paralyse, zu welchen sich paroxysmenweise auftretende apoplectische Zufälle gesellen, ohne eigentliche Geisteskrankheit vor. Schon in meinem vorigen Berichte habe ich auf solche Fälle hingedeutet. Ein anderer Fall ist der folgende:

Ein 44jähriger Arbeiter, stark scoliotisch verkrümmt, von schwächlichem Aussehen, war bis 14 Tage vor seiner Aufnahme ziemlich gesund gewesen, namentlich ohne Lähmungserscheinungen oder sonstige Symptome eines Hirnleidens. Seit der erwähnten Zeit bemerkte er eine rasch zunehmende Schwäche der Hände und Beine mit Erschwerung der Sprache, wodurch er bald ganz arbeitsunfähig wurde. Seine Intelligenz war nicht gestört, das Gesicht jedoch ganz ausdruckslos, die Sprache stammelnd; die Zunge ward mit Mühe herausgesteckt und konnte nicht ruhig gehalten werden, die Hände waren in nicht lebhafter, aber offenbar unwillkührlicher Bewegung, ebenso machte er beständig Kaubewegungen. Der Händedruck war schwach, das Gefühl überall gut erhalten (es ward jedoch nicht genau mit der Nadel geprüft). Die Beine wurden unsicher bewegt; der Gang war taumelnd, doch war das Muskelgefühl vollkommen vorhanden und wurden die Beine mehr geschoben und geschleppt, als schwankend umhergeworfen; die Pupillen reagirten, doch war die linke erweitert. Lähmung der Blase und des Mastdarms war nicht vorhanden; ebenso wenig eine wesentliche Störung in den übrigen Functionen. Nach vierwöchentlichem Aufenthalte, während dessen sein Zustand im Wesentlichen unverändert geblieben war, klagte er eines Tages über reissende Schmerzen in Armen und Beinen, welche sich nach wenigen Tagen vollständig verloren. Acht Tage später war der linke Arm bedeutend schwächer und er hatte Schmerzen in der linken Hand; noch zwei Tage später bekam er plötzlich eine ausgesprochene Lähmung der linken Körperhälfte mit Abnahme der Sensibilität; die Sprache war undeutlich, die Besinnung jedoch vorhanden. Er erhielt ein Vesicans in den Nacken und schon am folgenden Tage war die Lähmung auffallend gebessert, wenn gleich später ein geringer Grad zurückblieb. Einen Monat später verliess er ungeheilt das Krankenhaus.

Hemiplegie.

Ausser den Fällen, wo Hemiplegie die Folge von in gewöhnlicher Weise auftretenden apoplectischen Zufällen war, kam sie noch in folgenden Fällen zur Beobachtung, bei denen die genaue Diagnose der sie veranlassenden Hirnkrankheit unbestimmt bleiben muss.

Eine 29jährige Näherin, schon lange öfteren heftigen Anfällen von Hemicranie unterworfen, bekam nach einer nachweisbaren Erkältung eines Tages heftige Schmerzen in der rechten Schläfengegend und der rechten Körperhälfte. Diese währten 23 Tage mit ungemilderter Heftigkeit und waren von Schlaflosigkeit und Unruhe, aber ohne Delirien, und von Erbrechen begleitet. Fiebererscheinungen waren unbedeutend, der Urin war stets blass. Nach der erwähnten Zeit liess der Schmerz bedeutend nach, drei Tage später trat auf einmal Bewusstlosigkeit und Lähmung der ganzen linken Seite ein. Als die Kranke nach und nach zu sich kam, war die Sprache lallend und das Sensorium noch unfrei. Von da ab blieb die Hemiplegie, trotz mehrfacher Mittel, wesentlich unverändert. Die hysterische Reizbarkeit der Kranken war geblieben, Schlaflosigkeit, Schmerzen in den gelähmten Theilen, Anfälle von Kopfschmerz, hartnäckige Stuhlverstopfung waren die Hauptbeschwerden. Eine unvollkommene Anästhesie der gelähmten Theile verwandelte sich durch Anwendung der Electricität in Hyperästhesie. Als die Kranke im December 1858 ins Krankenhaus kam, war die während vier Monate unterbrochene Menstruation schon wieder hergestellt. Ihr Aussehen war etwas bleich, ausser der hysterischen Reizbarkeit und der Hemiplegie war keine wesentliche Veränderung in den Functionen zu bemerken. Auch hier klagte sie über Schmerzen in den gelähmten Theilen und hatte öftere Anfälle von Kopfschmerz. Sie verliess das Krankenhaus ungeheilt nach fünfwöchentlichem Aufenthalt.

Ein 52jähriges Dienstmädchen, früher angeblich gesund, nur öfteren Anfällen von Kopfschmerz unterworfen, bemerkte seit einem halben Monat vor ihrer Aufnahme eine allmählich zunehmende Lähmung der linken Körperhälfte, welche sie endlich verhinderte allein zu gehen. Dabei litt sie wohl mitunter an Kopfschmerz, aber nie an Apoplexie ähnlichen Zufällen. Die Lähmung betraf die ganze linke Körperhälfte, war indessen nicht vollständig; am geringsten war sie im Gesicht, am stärksten im Bein. Fortgesetzte Ableitungen im Nacken, erst durch Vesicatore, dann durch ein Haarseil, blieben ganz erfolglos, doch schritt das Uebel während ihres fast fünfmonatlichen Aufenthalts im Krankenhause nicht fort. Sie verliess dasselbe ungeheilt.

Eine 61jährige Instrumentenmachersfrau, früher nicht wesentlich krank, litt seit einem halben Jahre an Kopfschmerz und Lähmung der rechten Gesichtshälfte. Sie lag im Krankenhause meist still im Bette, sprach wenig, klagte dann stets über Kopfschmerz. Ausser der Facialislähmung waren keine Lähmungserscheinungen vorhanden. Es liess sich ausserdem noch etwas Lungencatarrh und Herzhypertrophie ohne Klappenfehler nach-

weisen, bei härtlichem Pulse und stark gewundenen Radialarterien. Hydropische Erscheinungen waren nicht vorhanden. Nach halbjährigem Aufenthalte war die anfangs sehr mangelhafte Ernährung wesentlich verbessert, der Kopfschmerz und die Lähmung waren aber unvermindert, als ihr Mann ihre Entlassung verlangte.

Günstiger war der Verlauf in den folgenden beiden Fällen:

Ein Dienstmädchen von 25 Jahren ward am 1. November 1858 aufgenommen. Sie war früher gesund und bis vor drei Monaten regelmässig menstruirt gewesen. Zu dieser Zeit trat bei der Menstruation starker Blutabgang ein, das letzte Mal hingegen war der Blutverlust nur gering gewesen. Vierzehn Tage vor der Aufnahme bekam sie heftigen Schmerz im Hinterkopf, welcher sonderbarer Weise nur beim Niesen eintrat, nie beim Husten; acht Tage später bekam sie ein Gefühl von Taubheit und Spannung in der linken Gesichtshälfte, welches sich bis zur Schulter und in den folgenden Tagen über die ganze linke Körperhälfte erstreckte. Zugleich bemerkte sie geringeren Andrang zum Uriniren, selbst bei gefüllter Blase. Der linke Mundwinkel stand tiefer, doch konnte das Auge vollkommen geschlossen, die Stirn gehörig gerunzelt werden, ebenso waren Bewegungen der linken Extremitäten möglich, kosteten aber der Kranken mehr Anstrengung; sie konnte Gegenstände in der linken Hand halten, liess sie aber leicht fallen, da sie dieselben nicht deutlich fühlte. Die Sensibilität der linken Körperhälfte war ebenfalls vermindert, die Pupillen waren gleich weit. Der Schlaf war gut, der Appetit fehlte, die Zunge stark belegt, der Stuhlgang träge; es war etwas Fieber vorhanden. Der Zustand der gastrischen Organe besserte sich bald, die Lähmung blieb anfangs dieselbe. Bei der 18 Tage nach ihrer Aufnahme eintretenden Menstruation nahm dieselbe für einige Tage zu und verband sich mit reissenden Schmerzen in den gelähmten Theilen und mit einem Gefühl von Kälte in denselben. Von dieser Zeit ab trat eine ungestört fortschreitende Besserung ein und sie konnte am 23. Februar 1859 entlassen werden. Die Behandlung hatte vorzüglich in Salzbädern bestanden.

Ein 27jähriger Kellner hatte schon lange über sehr heftige Kopfschmerzen geklagt, als er eines Tages bewusstlos umfiel und beim Erwachen aus diesem Zustande linksseitig gelähmt war. Nach einem Aderlass und Blutigeln hatte sich die Lähmung gebessert. Er wurde Tags nach dem Anfall ins Krankenhaus gebracht. Hier klagte er noch über heftige Kopfschmerzen, war aber völlig bei Bewusstsein; die Lähmung war zwar noch nicht gewichen, aber doch schon viel besser. Der Puls war langsam, die Pupillen zeigten keine Abweichung, doch behauptete der Kranke mit dem rechten Auge weniger gut zu sehen. Der Stuhlgang war träge. Es wurde ein Vesicans in den Nacken gelegt, innerlich vier Mal täglich Calomel zu grij gegeben. Der Kopfschmerz dauerte noch einige Tage an, nahm aber rasch ab, als sich Affection des Zahnfleisches zeigte. Drei Wochen nach seiner Aufnahme waren die Kopfschmerzen und die Lähmungserscheinungen verschwunden.

An diese Fälle, in welchen heftige Kopfschmerzen die Hemiplegie begleiteten, knüpft sich ein anderer, in welchem statt der Hemiplegie eine Amblyopie dem Kopfschmerz folgte, und bei welchem ebenfalls die Diagnose nicht genauer begründet werden konnte.

Ein 19jähriger Zimmergesell, von schwächlichem Aussehen, ward am 7. Juli aufgenommen. Er hatte schon länger gehustet, war aber erst seit vier Tagen ernstlich erkrankt. Es liess sich bei ihm eine nicht bedeutende Pneumonie des rechten unteren Lappens nachweisen, auch schien beginnende Tuberculose vorhanden zu sein, vorzüglich links, wo der Percussionston an der Spitze etwas gedämpft und tympanitisch war, mit scharfem Athmungsgeräusche. Am 10. hatten sich die pneumonischen Erscheinungen gemindert; der Kranke war aber verstimmt und behauptete nicht ordentlich uriniren zu können, was die Beobachtung indessen nicht bestätigte; nach zwei Tagen verlor sich die Beschwerde und der Kranke trat anscheinend in die Reconvalescenz ein. Er hatte nur Salmiak mit Tartarus stibiatus gebraucht. Am 24. Juli klagte er über Kopfschmerzen, vorzüglich über dem rechten Auge, die trotz eines Vesicans sich am folgenden Tage noch steigerten. Als sich hierzu noch Abnahme des Sehvermögens auf beiden Augen mit Starrheit der Pupillen, Empfindlichkeit der Augäpfel gegen Druck, ein etwas idiotischer Gesichtsausdruck und Erbrechen bei retardirtem Pulse gesellten, erhielt er Blutigel an den Kopf und innerlich Calomel. Der Kopfschmerz liess etwas nach, kehrte aber bald wieder und diesmal mehr linksseitig. Der Kranke war bei Besinnung, hatte aber ein sehr stupides Ansehen und eine ausdruckslose Sprache. Der Puls war ruhig, die Zunge wenig belegt, der Appetit mässig, der Husten war fast ganz verschwunden. Am 1. August war die Sehkraft des rechten Auges etwas besser, die Pupille auch beweglicher; am 3. August sah er auf beiden Augen besser und der Kopfschmerz war verschwunden. Die Besserung schritt langsam fort. Am 10. trat starke Salivation ein und von jetzt schritt die Besserung rascher fort. Am 10. September war weder von Kopfschmerz noch von Störung des Sehvermögens etwas mehr vorhanden, der Kranke las No. 1 der Jägerschen Schriftproben ohne Schwierigkeit. Sein ganzes Wesen war frei und ohne Spur von Stumpfheit; die Ernährung hatte sich gebessert, der Husten war gering und der Verdacht auf Tuberculose auf nichts mehr, als die anfänglichen Erscheinungen an der Lungenspitze begründet. Er wurde am 24. September entlassen.

Paraplegie.

In einem Falle, bei einem 60jährigen Arbeitsmanne war Paraplegie unter Erscheinungen der Hirnapoplexie plötzlich eingetreten. Es wiederholten sich später noch Anfälle von Bewusstlosigkeit, welche nur von kurzer Dauer waren und meist eine Zeit lang Schmerzen, vorzüglich im linken Bein hinterliessen. Dieses war vorzugsweise ergriffen, obgleich auch das rechte nicht frei war. Er wurde nach zweimonatlichem Aufenthalte gebessert entlassen.

Vielleicht waren Hirnhämorrhagien die Ursache, wie in dem oben erwähnten Falle, wo Paraplegie bestand und bei der Section im Rückenmark keine Erkrankung, wohl aber ein alter apoplectischer Heerd in jedem Corpus striatum gefunden wurde.

Bei zwei Kranken liess sich syphilitischer Ursprung nachweisen. Der eine war schon öfter durch anti-syphilitische Mittel vorübergehend geheilt und wurde auch jetzt gebessert. Bei dem anderen, welcher eine Verwachsung des Gaumensegels mit der Pharynxwand hatte, blieben Jodkali und Quecksilber ohne Erfolg, dagegen trat nach Anwendung der Electricität rasch Besserung ein. In einem dritten Falle, bei einer 53jährigen Frau, wo ebenfalls die Ursache der Paraplegie in constitutioneller Syphilis begründet schien, forderte die Kranke schon nach wenigen Tagen ihre Entlassung. In einem vierten Falle war die Paraplegie nach einem acuten Gelenkrheumatismus, welcher vorzüglich die Fussgelenke ergriffen gehabt hatte, zurückgeblieben. — In einem andern Falle wurde Erkältung beim Arbeiten im Wasser als Ursache angegeben. Beide wurden durch den Aufenthalt im Krankenhause sehr gebessert, wozu anscheinend die Ruhe und das gleichmässige Verhalten das Meiste beitrug. In dem letzten Falle schien nämlich die Heilung nahe bevor zu stehen, als er entlassen wurde: jetzt aber, anderthalb Jahre später, ist er in ganz demselben Zustande wie zuerst, wieder aufgenommen und nach kurzem Aufenthalt schon wieder wesentlich gebessert.

Bei einer 22jährigen Arbeiterin war die Krankheit mit Fieber, Erbrechen und Schmerzen in den Beinen eingetreten; die Kranke war entschieden hysterisch. Nach täglicher kalter Begiessung der Wirbelsäule trat Besserung und endlich Heilung ein.

Hysterische Paraplegie kam ausser einigen älteren Fällen, welche schon länger im Krankenhause sind, noch bei einer 23jährigen Schneiderin vor, welche zwei Jahre im Krankenhause war und im Wesentlichen unverändert entlassen wurde. Hier zeigte sich die merkwürdige Erscheinung, dass die Lähmung mitunter fast verschwand, aber zur Zeit der Menstruation häufig in vollständigem Grade wieder kehrte; doch war dies nicht regelmässig der Fall.

Ein Kranker mit den bekannten Erscheinungen der Rückenmarksatrophie ward ungeheilt entlassen.

In einem Falle beruhte die Paraplegie wahrscheinlich nur auf Willensschwäche in Folge von Melancholie. Der Fall blieb

mir während des Lebens und nach der Section ganz unklar; erst später, namentlich als ich die Beschreibung eines ganz ähnlichen Falles aus einer Irrenanstalt in Rom las, erkannte ich den Zusammenhang deutlicher. Ich will deshalb den Fall hier mittheilen:

Ein Tischlergesell von 24 Jahren, von etwas schwächlichem Aussehen, wurde am 16. Februar 1858 ins Krankenhaus gebracht. Er wollte erst 14 Tage krank sein, klagte über Schmerzen in den Beinen und der Inguinalgegend, sowie über Schwerbeweglichkeit der Beine. Er hatte dabei wenig Appetit, trägen Stuhlgang und etwas Fieber. Als sich der anfangs erwartete acute Gelenkrheumatismus nicht einstellte, die Klagen über Schmerz und Schwerbeweglichkeit der Beine andauerten, erhielt er Schröpfköpfe auf den Rücken, innerlich vier Mal täglich Calomel grij mit rheum grv. Etwa acht Tage nach der Aufnahme ward er schlummersüchtig, sprach wenig, klagte auf Befragen stets über Schmerzen im Kopfe und in den Beinen, und gab auch das Gefühl eines gespannten Reifens um den Rumpf an; er erhielt deshalb noch Blutigel an den Kopf und Vesicantien in den Rücken. Das Calomel ward bis zur Mundaffection fortgesetzt. Etwas Besserung trat ein, aber es folgte bald wieder Verschlimmerung. Eines Abends lag er ganz im tiefen Sopor, bewegte sich gar nicht und reagirte auf nichts. Es wurden jetzt zu beiden Seiten der Wirbelsäule Striche mit dem Glüheisen gemacht und hieraus Fontanellen gebildet. Der Kranke kam bei der Application des Glüheisens zu sich und war eine Zeit theilnehmender, doch trat bald wieder Verschlimmerung ein. Eine heftige Blutung aus den Fontanellen veranlasste zur innerlichen Anwendung des Eisens; doch bald machten neue heftige Kopfschmerzen mit Betäubung und Schlummersucht diesem Verfahren wieder ein Ende und es wurden von Neuem Ableitungen und Abführmittel angewandt. Letztere waren hauptsächlich durch die grosse Trägheit des Darmcanals angezeigt. Der Kranke war allmählich ganz gelähmt, bewegte nur die oberen Extremitäten etwas, konnte sich aber nicht aufrichten, viel weniger stehen. Er lag meist ganz still und theilnahmlos, antwortete gar nicht, schloss die ihm geöffneten Augenlider sogleich wieder; nur mitunter sprach er wenig und ganz leise und deutete dann an, dass er Kopfschmerzen habe und gegen Licht und Geräusch sehr empfindlich sei. Chinin und Chinadecoct mit Wein vermochten ebenso wenig wie Eisen die Kräfte des Kranken zu heben; nahrhafte Kost nahm er wenig zu sich. Wiederholte Blutungen aus den Fontanellen, denen öfters Nasenbluten folgte, erschöpften den Kranken sehr. Endlich wurde die Nutzlosigkeit aller Ableitungen eingesehen und der Kranke, so gut es gehen wollte, verpflegt. Er blieb sich Monate lang ganz gleich, sprach fast nie und wenn er sprach nur mit wenigen, bestimmten Personen; dann stets leise und nur einzelne Worte. Er war sehr empfindlich gegen Geräusch und Licht, hatte stets ein Gefühl von Schwere, oft auch Schmerz im Kopfe. Der Stuhlgang war träge, der Urin ward freiwillig gelassen. In diesem traurigen Zustande lag er, keiner eigentlichen Behandlung unterworfen, fort und überstand die Varioloiden ohne irgend welche wesentliche Veränderung seines Zustandes. Der sich stets gleich bleibende Zustand von Theilnahmlosigkeit, das ganz ruhige

Verhalten bei entschiedenem freien Bewusstsein liess endlich eine Gemüthsstörung nicht mehr verkennen, um so mehr als er einmal äusserte er esse wenig, weil man sage, er sei nur träge und wolle nicht arbeiten. Eigentliche Nahrungsverweigerung trat nicht ein, doch hatte der Kranke lange äusserst wenig genossen. Er gab endlich auch Gehörshallucinationen zu, die vielleicht schon lange vorhanden und die Ursache seiner tiefen Melancholie gewesen waren. Dennoch war der Zusammenhang der Gemüthskrankheit mit der Lähmung nicht klar und erstere erschien nicht deutlich als die Ursache der letzteren. Etwa ein Jahr nach seiner Aufnahme zeigten sich die Symptome beginnender Lungen-Tuberculose. In der linken Achselhöhle bildete sich eine Drüsenanschwellung, welche abscedirte und von selbst aufbrach. Aus dieser Oeffnung entstand eines Nachmittags eine heftige Blutung. Das Blut drang in einem dicken Strahle von hellrother Farbe aus der Wunde, und zwar in solcher Menge und Mächtigkeit, dass man glaubte, es sei ein unmittelbar von der Achselarterie abgehender Ast angefressen. Als die Wandung des Abscesses gespalten war, zeigte sich das Zellgewebe bis in die unmittelbare Nähe der Achselgefässe vereitert; die Abscesswandung war mit einer dünnen Granulationsschicht ausgekleidet. An der hinteren Wand der Arteria axillaris schien das Blut hervorzudringen, die Blutung war aber nach Eröffnung des Sackes und Entfernung der Blutgerinnsel sehr viel geringer geworden und stand ganz leicht und dauernd durch Tamponiren. Diese Blutung schien den schwachen Lebensfunken gänzlich auslöschen zu wollen; der Kranke erholte sich indessen noch wieder etwas und starb erst 16 Tage nachher.

Bei der Section fand man an der sehr abgemagerten Leiche etwas Oedem der abhängigen Körpertheile. Im Sacke der Dura mater spinalis befand sich eine grosse Menge klaren Wassers; die Häute und die Substanz des Rückenmarks waren blass; das Volumen und die Consistenz des letzteren unverändert. Die Dura mater des Gehirns war blass und gefaltet, die Arachnoidea getrübt, mit starker Wasseransammlung unter derselben. Die Anämie des Gehirns war nur mässig; die Ventrikel waren mit Wasser erfüllt, das Ependyma verdichtet und granulirt. — In beiden Pleurasäcken war röthliches Serum mit Miliartuberkeln auf der Pleura. In den Lungen waren grössere Cavernen neben frischen Tuberkelinfiltrationen und Granulationen. Die Mesenterialdrüsen waren tuberculös infiltrirt, an der Darmschleimhaut liess sich keine Tuberkelablagerung entdecken. In dem linken Leberlappen befand sich ein Echinococcussack, der mit atheromatösem Inhalte und abgestorbenen, platt zusammengedrückten Blasen erfüllt war. Der übrige Befund war ohne Bedeutung. Der Axillarabscess führte nur bis in die unmittelbare Nähe der Gefässe, eine Anfressung eines Gefässastes war nicht zu entdecken.

Das eigenthümliche Auftreten der Krankheit unter der Form eines öfter exacerbirenden entzündlichen Hirn- und Rückenmarksleidens, die kurze Dauer der Krankheit und der Mangel jeder Andeutung von Seiten der bisherigen Umgebung des Kranken, hatte

im Beginne die Diagnose nicht entfernt auf Gemüthsleiden geführt Es kann jedoch wohl nicht bezweifelt werden, dass der scheinbar tiefe Sopor und die scheinbare Lähmung nur der Ausdruck eine starken Gemüthsdepression waren, welcher muthmasslich Hallucinationen zum Grunde lagen. Ungewöhnlich ist jedenfalls das Auftreten einer so schweren Form der Melancholie ohne besonder Veranlassung und der Umstand, dass der Kranke sich stets al Kranken betrachten und behandeln liess, ohne je einer solchen Auffassung zu widersprechen, dass er im Gegentheil, so wenig er auc sprach, stets auf diese Ansicht einging und erst zuletzt mit de Wahnvorstellungen hervortrat. Die grosse Anämie, welche zu Hämorrhophilie führte, war entschieden mit eine Folge der mangelhaften Ernährung und diese wieder von seiner Gemüthsaffection abhängig. Da er nie eigentlich die Nahrung verweigerte, so täuscht man sich in dieser Beziehung um so leichter, als längere Zeit hindurch der Verdacht einer Geisteskrankheit gar nicht aufkam. Fäll dieser Art weisen darauf hin, wie nachtheilig die bisherige Trennung der Geisteskrankheiten von der übrigen Pathologie ist. Wen auch das practische Bedürfniss besondere Institute für Heilung un Behandlung oder Bewahrung von Geisteskranken stets nöthig mache wird, so ist doch die Kenntniss der Geisteskrankheiten auch de gewöhnlichen Arzte unentbehrlich. Wie viele Aerzte giebt es abe welche nie von der Psychiatrie irgend welche Kenntniss genomme haben und denen ausser Fieberdeliranten und ausgebildeten Blödsinnigen kaum jemals Geisteskranke vor Augen gekommen sind!

Lähmungen peripherischen Ursprungs kamen zweimal am Vorderarm durch Druck im Schlafe vor und wurden bald beseitigt. I einem andern Falle war der Ursprung unklar, die Lähmung jedoc auf den rechten Vorderarm beschränkt. Der Fall ist folgender:

Ein 29jähriger Maurergesell hatte acht Jahre vor seiner Aufnahm sich durch eine verkehrte Bewegung der Hand eine Steifheit derselbe zugezogen, deren Natur aus den Angaben des Kranken nicht mehr gena zu ermitteln war, welche indessen plötzlich eingetreten sein sollte und ih während ³/₄ Jahren an der Arbeit verhinderte. Er hatte jedoch späte allmählich den vollen Gebrauch seiner Hand wieder erlangt, nur bemerkt er bisweilen nach starker Anstrengung eine lähmungsartige Schwäche i derselben, nie aber Krampf oder Schmerz. Zwei Tage vor der Aufnahm nachdem er Tags zuvor ganz ordentlich gearbeitet und sich nicht auffallen angestrengt hatte, bemerkte er Morgens beim Erwachen Lähmung un Steifheit des Vorderarms. Bei seiner Aufnahme konnte er schwache Bewegungen mit dem in sehr stumpfem Winkel gebogenen Vorderarm machen

die Finger aber nicht bewegen. Die Hand befand sich in der Pronation, die Finger waren gebeugt; der M. biceps und die Pronatoren waren beständig contrahirt anzufühlen; die übrigen Muskeln leisteten dem Ausdehnungsversuche anfangs Widerstand, gaben aber dann nach. Gegen den electrischen Inductionsstrom war das Verhalten ähnlich; es dauerte erst eine geraume Zeit und bedurfte erst eines kräftigen Stromes, um Wirkung zu erzielen; war diese aber einmal erfolgt, so reagirte der Muskel auch auf einen schwächeren Strom. Die Schultermuskeln waren am leichtesten, die Muskeln der Hand am schwersten durch electrischen Reiz zur Contraction zu bringen. Nach drittehalb Monaten, während derer der Inductionsstrom angewendet wurde, verliess er fast geheilt das Krankenhaus, einzelne Bewegungen waren indess noch etwas langsam und schwach.

Krämpfe.

Epilepsie.

Bei mehreren der schon erwähnten Fälle von Hirnleiden waren epileptische Krämpfe ein begleitendes Symptom. Ausserdem wurden noch 15 männl. und 14 weibl. Kranke wegen Epilepsie aufgenommen. Gewöhnlich war die Krankheit von so langer Dauer, dass eine Beseitigung erfahrungsmässig nicht erwartet werden konnte; Manche wurden von den Verwandten ins Krankenhaus geschickt, um der Aufsicht und Pflege überhoben zu sein und doch das Bewusstsein zu haben, das Erforderliche für die Kranken gethan zu haben, Andere kamen wegen starker Verschlimmerung des Uebels in Bezug auf Heftigkeit und Häufigkeit der Anfälle, Andere wegen des länger als gewöhnlich andauernden nachfolgenden Sopors ins Krankenhaus. Die Therapie war den Umständen nach verschieden; in veralteten Fällen wurde von jeder Behandlung abstrahirt oder eine solche nur zur Beruhigung der Kranken ohne Erwartung eines Erfolges angestellt. Bei Verschlimmerung früherer Anfälle nützte gewöhnlich ein mässig herabstimmendes Verfahren, überdies wirkte die Ruhe und gleichmässige Lebensweise im Krankenhause wohlthätig; Kranke, welche wegen eines einzelnen besonders heftigen Anfalls aufgenommen wurden, forderten meist schon nach wenigen Tagen ihre Entlassung. Die Therapie der Epilepsie ist in ihrer Fruchtlosigkeit ziemlich allgemein anerkannt, obwohl noch immer, selbst bisweilen von bedeutenden Leuten, Versuche gemacht werden, bessere Resultate zu erzielen. Es ist natürlich, dass bei einem so schweren Leiden, dessen Folgen nicht einmal auf den mit demselben behafteten Kranken beschränkt bleiben, den Arzt seine Ohnmacht schwer drückt und er jeden Schimmer einer besseren Aus-

sieht mit Freuden begrüsst, aber wenn der Rausch, den eine scheinbar neue Entdeckung erzeugte, vorüber ist, so ist das traurige Gefühl der Rathlosigkeit um so grösser. Je reichlicher man Gelegenheit hat, Fälle von Epilepsie lange Zeit zu beobachten, desto zweifelhafter wird man gegen neue Anpreisungen und desto mehr schreckt man vor einem empirischen Durchprobiren aller empfohlenen Mittel zurück. Die causale Indication lässt oft genug im Stich und mancher auf diesem Wege errungene scheinbare, glänzende Erfolg, erweist sich nachher als Täuschung. Dennoch ist es bei Behandlung Epileptischer eine grosse Erleichterung, wenn man eine causale Indication auffinden kann. Abgesehen von deutlich ausgesprochenen constitutionellen Leiden, mit deren Beseitigung man das Verschwinden der Epilepsie hoffen kann, richtet sich natürlich die Hauptaufmerksamkeit auf die sogenannte Aura oder auf einen peripherischen Reiz, den man als Ausgangspunkt der Krankheit betrachten könnte. In der Auffindung peripherischer Anlässe ist man bekanntlich bisweilen sehr glücklich gewesen und der Erfolg hat die gewissenhafte Nachforschung belohnt; aber auch hier ist eine Täuschung leicht möglich, indem man leicht ein zufälliges Zusammentreffen für ein gesetzmässiges hält. Fälle mit deutlichen, constanten Vorboten wurden drei behandelt; in dem ersten schien ein günstiger Erfolg durch die Behandlung erzielt, doch ist, wie sich später zeigte, die Heilung keine dauernde gewesen.

Der erste Fall betraf eine 33jährige Scheuerfrau, welche seit ihrem 18. Jahre stets regelmässig menstruirt, vor 12 Jahren einmal entbunden war und sich mit Ausnahme gelegentlicher Anfälle von Kopfschmerz beständig wohl befunden hatte. Vierzehn Tage vor ihrer, am 9. Februar erfolgten Aufnahme bekam sie ohne bekannte Veranlassung einen Anfall von Bewusstlosigkeit, welchem Kopfschmerzen und lebhafte Zuckungen im rechten Arme voraufgingen und nach dessen Beseitigung ein Gefühl von Mattigkeit und Kopfschmerzen einige Zeit zurück blieben. Allgemeine Convulsionen hatten nicht stattgefunden. Seitdem hatte sich der Zufall jeden zweiten Tag wiederholt, doch waren allmählich auch allgemeine Convulsionen eingetreten. Stets gingen Zuckungen im rechten Arme dem Anfalle vorher, nach dem Anfalle war derselbe wie gelähmt und ein Gefühl von Taubheit in demselben. Die Zunge zerbiss sich die Kranke nie, verletzte sich aber nicht selten durch Fallen. Ausserhalb der Anfälle zuckte der rechte Arm häufig, namentlich bei leiser Berührung der Haut. Das übrige Befinden war ungestört. Am rechten Arme fanden sich zwei oberflächliche Schnittnarben, in denen kein fremder Körper zu fühlen war, deren Compression in einer emporgehobenen Hautfalte auch ohne Einfluss auf die Zuckungen war. Es wurde anfangs Atropin innerlich ohne Erfolg angewendet. Die Zuckungen im Arm dauerten fast beständig fort, die

allgemeinen Krampfanfälle kamen täglich, meist mehrmals; zuweilen gingen auch Zuckungen im rechten Beine, zugleich mit denen im Arme, dem Anfalle voraus. Etwa 14 Tage nach ihrer Aufnahme bekam sie ein Vesicator auf den rechten Oberarm; als dieses anfing, stark zu eitern, hörten die bis dahin täglich eingetretenen Anfälle ganz auf und die Zuckungen wurden ebenfalls etwas geringer. Trotz des inzwischen erfolgten Ausbruches von Variolois blieben die allgemeinen Anfälle vier Wochen hindurch aus; dann traten dieselben wieder ein, aber in grösseren Zwischenräumen als früher, verloren sich hierauf nach 10 Tagen wieder und blieben dann bis zu ihrer zwei Monate später erfolgten Entlassung ganz fort. Die Zuckungen im Arme hatten sich nach und nach auch fast ganz verloren und die Kranke hatte in der letzten Zeit gearbeitet, ohne Verschlimmerung zu verspüren. Aus dem Vesicator war ein Fontanell gemacht, welches die Kranke nach ihrer Entlassung stets offen halten sollte. — Leider kam die Kranke nach längerer Zeit wieder ins Krankenhaus; die Epilepsie war wiedergekehrt und machte von Zeit zu Zeit ihre Anfälle. Freilich ergab sich zu gleicher Zeit, dass sie dem Branntweingenuss ergeben war.

In einem zweiten Falle, bei einem 27jährigen Dienstmädchen, welches kräftig gebaut und regelmässig menstruirt war und schon seit längerer Zeit an epileptischen Anfällen litt, gingen dem Anfalle jedesmal Zuckungen im linken Arme voran. Diese zeigten sich auch ausserhalb der allgemeinen Krampfanfälle. Am Arme war nicht die geringste Veränderung aufzufinden. Während ihres fast dreiwöchentlichen Aufenthaltes im Krankenhause stellte sich kein allgemeiner Anfall ein, auch waren die Zuckungen im Arme geringer geworden. Eine besondere Behandlung hatte nicht stattgefunden.

In dem dritten Falle ging die Aura von der Magengegend aus, und auch hier war das dem Anfalle vorhergehende Gefühl auch ausserhalb des Anfalles vorhanden.

Ein 22jähriger Schustergesell, welcher am 19. August aufgenommen wurde, litt seit zwei Jahren an häufig eintretenden Cardialgieen, mit denen sich zweimal Schwindel, Bewusstlosigkeit und leichte allgemeine Zuckungen verbunden hatten. Die Ursache seiner Aufnahme war ein mit Fiebererscheinungen eingetretener stechender Schmerz in der linken Seite, zu dem sich Kopfschmerzen und Appetitmangel gesellt hatten. Auch solche Zufälle hatte er öfter gehabt. Er hustete gar nicht und die physicalische Untersuchung ergab keine krankhafte Affection der Respirationsorgane. Die Herzdämpfung war nicht vergrössert, aber der im vierten Intercostalraum fühlbare Herzstoss war stark und hebend; die Herztöne waren rein, aber laut. Der Druck im Epigastrium war etwas schmerzhaft, hier jedoch nichts Abnormes zu fühlen; die Milz, in deren Gegend der hauptsächlichste Sitz des Schmerzes angegeben wurde, war nicht vergrössert. Am 22. August hatte der Kranke die nicht bedeutenden Fiebererscheinungen verloren und seinen Appetit wieder bekommen; die Schmerzen in der linken Seite zeigten sich noch ab und an, aber nicht bedeutend. Am 1. September

bekam er heftige Anfälle von Cardialgieen, welche trotz Morphium am folgenden Tage noch heftig fordauerten. Am Nachmittage ward der Kranke schwindlig, sank um und lag 10 Minuten ohne Bewusstsein, mit leichten Zuckungen der Extremitäten. Seit diesem dritten Anfalle klagt er viel über Schwindel, weniger über Cardialgieen, wesshalb er Schröpfköpfe, sowie Nitrum mit Inf. Sennae bekam. Die Klagen über Schwindel und Umnebelung dauerten fort; am 6. kamen zwei epileptische Anfälle, jedesmal mit Aura vom Epigastrium aus. Diese wiederholten sich jetzt in derselben Weise häufiger. Am 11. October ward der Kranke in diesem Zustande auf seinen Wunsch entlassen.

Bei sechs weiblichen Kranken waren hysterische Paroxysmen mit epileptischen verbunden, bei einzelnen der Art, dass mehrtägiger Sopor, unwillkürliche Ausleerungen und deutlich epileptische Krämpfe mit solchen Paroxysmen abwechselten, in denen das Bewusstsein nicht erloschen war und die Empfänglichkeit gegen äussere Eindrücke fortbestand. In einzelnen dieser Fälle von Hystero-Epilepsie zeigte sich ein mehr psychisches, disciplinarisches Verfahren sehr wirksam und schob öfter wenigstens die Anfälle weiter auseinander. Dieses Verfahren zeigte sich auch in dem folgenden Falle bei einem männlichen Kranken wirksam:

Ein 19jähriger Musiker hatte als 5jähriger Knabe an Chorea gelitten; im 9. Lebensjahre hatten sich epileptische Krämpfe hinzugesellt, die sich seitdem öfter wiederholten. Seit einiger Zeit bekam er häufige Anfälle von Unruhe, sprang dann aus dem Bette, tanzte anhaltend unter beständigem Pfeifen umher, bis er niederfiel und allgemeine Krämpfe bekam. Sein Aussehen war dabei gesund, im Gesicht eine gewisse Verschmitztheit nicht zu verkennen; am Körper war keine krankhafte Veränderung zu entdecken, als eine Sugillation in der Umgegend des rechten Auges in Folge einer Contusion, welche er sich bei dem letzten Anfalle zugezogen hatte. Die tobsüchtigen Tanz- und Pfeif-Paroxysmen waren zuletzt immer häufiger gekommen und hatten desshalb seine Entfernung vom Hause nöthig gemacht. Es wurde ihm bei seiner Aufnahme eröffnet, dass Krämpfe zwar unwillkührlich zu kommen pflegten, dass aber Tanzen und Pfeifen zu den willkührlichen Bewegungen gerechnet würden, derartige Paroxysmen müssten unterbleiben, widrigenfalls er als ein Geisteskranker behandelt werden und am Tanzen durch Zwangsmittel gehindert werden würde. Einige Tage nach der Aufnahme begann am Morgen ein solcher Tanzparoxysmus, wurde aber im Entstehen durch ernstes Anreden und den Hinweis auf die Zwangsjacke sofort zum Stillstand gebracht. Seitdem kam während der drei Monate seines Aufenthaltes im Krankenhause kein derartiger Anfall vor, nur einmal in der Nacht ein Anfall von Aengstlichkeit, bei dem sich der Kranke aber sonst ruhig verhielt. Fünf Wochen nach der Aufnahme bekam er einen heftigen epileptischen Anfall, ausserdem nicht wieder.

Drei Kranke mussten zur Irrenstation verlegt werden, der eine hatte deutliche Zeichen von Hirnleiden, zugleich aber tobsüchtige Anfälle; die beiden anderen litten an melancholischer Aufregung mit Hallucinationen.

Ein 30jähriger Malergesell, welcher wegen Bleicolik in Behandlung war, litt gleichzeitig an Epilepsie und bekam hier einen Anfall. Er hatte die Anfälle seit sechs Jahren, doch kamen jahrelange Pausen vor.

In einem Falle waren seit längerer Zeit Symptome von cerebraler Lähmung vorhanden, zu welchen sich sehr häufig epileptische Anfälle gesellten, endlich folgten anhaltendes Coma und Tod.

Ein 28jähriger Cigarrenmacher, von kräftigem Körperbau, früher angeblich gesund, bekam im November 1858 plötzlich auf der Strasse einen apoplectischen oder epileptischen Anfall, in Folge dessen er etwa fünf Stunden bewusstlos blieb, dann ohne Lähmung erwachte; er hatte sich beim Hinfallen eine Hautwunde am Kopfe zugezogen, deren Narbe beständig sichtbar blieb. Drei Wochen später war er wieder ganz gesund und arbeitsfähig und erkrankte erst wieder im Mai des folgenden Jahres, wo er öfter Unwohlsein und Schwindel bekam und mitunter nach der Arbeit Schmerz im Kreuz und den Beinen hatte. Seit dieser Zeit fiel er öfter auf der Strasse um, ob mit oder ohne Krämpfe, war nicht zu ermitteln. Nachdem er bei zunehmendem Uebel längere Zeit kalte Sitzbäder genommen, hatte er vier Wochen in seinem Hause ohne weitere Behandlung zugebracht. Bei seiner Aufnahme am 27. August sah er anämisch aus; die Gesichtszüge waren etwas gedunsen, mit stumpfsinnigem Ausdruck. Er sprach etwas mühsam, hatte bisweilen reissende Schmerzen in den Beinen und konnte nur unvollkommen gehen. Lähmung der Blase und des Mastdarms war nicht vorhanden, sexuelle Erregung hatte seit Beginn der Krankheit aufgehört, der Urin enthielt kein Eiweiss, ebenso wenig war Anasarca vorhanden. Er bekam warme Bäder, innerlich Eisen und Leberthran. Die Lähmung nahm allmählich zu, betraf aber nur die Motilität; die Reflexbewegungen in den gelähmten Theilen waren lebhaft. Etwa vier Wochen nach der Aufnahme wurde ein Haarseil in den Nacken gelegt, welches anfangs eine Besserung herbeiführte. Drei Wochen nachher trat nach vorhergegangenem Kopfschmerz ein Anfall von Schwindel und Bewusstlosigkeit ein, ohne Krämpfe. Wegen andauernden Kopfschmerzes erhielt er nochmals Blutigel an den Kopf. Seit dem letzten Schwindelanfall verschlechterte sich der Zustand rasch, die Lähmung nahm zu und ergriff nun auch die Arme; der Kranke ward dabei immer stumpfer. Am 6. November bekam er einen starken epileptischen Anfall, bei dem er sich die Zunge zerbiss; die Dauer des Anfalles war nur kurz, der nachfolgende Sopor dauerte aber ziemlich lange. Acht Tage später kam ein neuer Anfall mit andauernder Bewusstlosigkeit, dem zwei Stunden nach dem Erwachen ein neuer Krampfanfall folgte. Am 25. December trat ein neuer Anfall ein, dem jetzt rasch andere folgten. Der Kranke war dabei

in den Zwischenräumen comatös und bekam von Zeit zu Zeit Anfälle, be denen die Respiration oft gänzlich stockte; er wälzte sich dabei gewaltsan nach der linken Seite herum. Die Pupillen waren ungleich weit, die recht träge, die Stellung der Augen war nicht ganz congruent. Die Ausleerunge waren unwillkürlich. Die Respiration ward endlich rasselnd und er star am 28. December.

Der Körper war musculös; der Schädel geräumig, das Schädeldac schwer. Die Dura Mater war sehr blutreich; im Sinus longitudinalis ware lose Fibringerinnsel. Die Arachnoidea war getrübt und verdickt, vorzüglic an der Basis: unter derselben war viel Wasser. Die Arteria basilari zeigte sich von ihrem Ursprunge bis zum Abgange der unteren Arteri cerebelli beträchtlich verengert. Diese Verengerung war durch ein feste durchscheinendes Exsudat unter der inneren Haut bedingt; im Lumen wa ein dünnes Blutgerinnsel. Die Gehirnsubstanz war ausnehmend blutreich die Ventrikel waren mit röthlichem Serum angefüllt, das Ependyma theil verdichtet und granulirt, theils, namentlich auf den Thalamis und am Fornix, erweicht. Das Ependyma des vierten Ventrikels war sehr star granulirt, die Gefässe unter demselben ausgedehnt. — Die Lungen ware blutreich, ödematös, mit gelbröthlichen, inselförmig zerstreuten Hepatisa tionen in der Umgebung kleiner Bronchien. Auf der Lungenpleura ware kleine Ecchymosen. — Das Herz war stark mit Fett bewachsen, sons ohne Veränderung. Unter den Bauchdecken, im Mesenterium und Omentum befand sich viel Fett. Leber, Milz und Nieren waren sehr blutreich, di Milz zugleich vergrössert und weich.

Der Antheil den die im Gehirn gefundenen Veränderungen an den Symptomen während des Lebens gehabt haben, ist nicht leicht zu bestimmen, da, mit Ausnahme der Stenose der Arteria basilaris, die anderen häufig genug ohne Lähmung und Epilepsie gefunden werden, und namentlich die Granulation des Ependyms des vierten Ventrikels, nebst den dort befindlichen Gefässerweiterungen ei sehr häufiger Leichenbefund sind. Die Stenose der Basilararterie könnte man als Folge einer früheren Thrombose auffassen und mi dem ersten apoplectischen Anfalle in Verbindung bringen, wenn nicht alle Spuren einer früheren Veränderung der Hirnsubstanz in Folge einer solchen Thrombose gefehlt hätten.

Am Ende des Jahres blieben, ausser den in der Siechenstation untergebrachten Epileptischen, 9 männl., 8 weibl. Kranke mit Epilepsie in Behandlung.

Chorea.

Die Zahl der an dieser Krankheit im Jahre 1859 behandelten Kranken betrug nur 6; alle waren weiblichen Geschlechts. Die Behandlung mit kalten Begiessungen des Rückens und die innerliche Anwendung von Eisen reichte zur Heilung hin und nur in

einem Falle, bei einer 24jährigen Näherin, welche die Krankheit in sehr hohem Grade hatte, wurden ausser allgemeinen nassen Einwicklungen noch Mittel gegen den etwas retroflectirten und an der Vaginalportion oberflächlich ulcerirten Uterus angewendet. Diese Kranke war schon einmal entbunden und drei Jahre vor Ausbruch der Chorea zuerst, seitdem bis zu ihrer Aufnahme regelmässig menstruirt gewesen. Die unwillkürlichen Bewegungen waren in diesem Falle so stark, dass die Kranke nicht allein sich beständig im Bette bewegte, sondern auch nur stossweise in Absätzen sprechen, so wie nur mit Mühe essen und kauen konnte. Die nassen Einwicklungen hatten einen raschen Erfolg, sowohl in Bezug auf Verminderung der heftigen Zuckungen, als namentlich auch auf die einige Tage nach der Aufnahme sich zeigenden Andeutungen von hysterischer Complication und Delirien. Sie ward nach dreimonatlichem Aufenthalt geheilt entlassen.

Hysteria.

Die Hysterie ist eine so häufige Begleiterin von Krankheiten des weiblichen Geschlechts, dass es ziemlich willkürlich ist, ob man manche Fälle mit diesem Namen belegen, oder sie als Complicationen von anderen Affectionen auffassen will. Hysterische Zufälle gesellen sich zu unbedeutenden, aber schmerzlichen Uebeln, Furunkeln, Panaritien, Zahnaffectionen eben so wohl, als zu Leiden des Uterus und der Ovarien, so wie zu auffallenden Veränderungen der Blutmischung. Ob ein aufgefundenes örtliches Uebel wirklich der Ausgangspunkt der Krankheit sei, ist dabei schwer zu bestimmen. Ausser einigen älteren ausgebildeten Exemplaren von Hysterie, rechneten wir zehn Kranke hierher, welche gebessert entlassen wurden.

Interessant und practisch wichtig sind jene Fälle, wo acute Krankheiten sich mit heftigen hysterischen Paroxysmen und maniacalischen Zuständen verbinden, oder wo letztere beiden plötzlich, anscheinend ohne Veranlassung, heftig hervortreten. Diese Fälle, welche früher theils nicht bestimmt unterschieden, theils von P. Frank als Febris nervosa versatilis bezeichnet wurden, sind bekanntlich von meinem Collegen L. Meyer als acute Hysterie aufgefasst worden und es hat derselbe auf den mitunter eintretenden tödtlichen Ausgang hingewiesen. Es ist übrigens nicht leicht zu bestimmen, welche Fälle in diese Categorie gehören; denn wenn auch die hervorstechendsten Fälle diejenigen sind, in denen sich eine anderweitige Krankheit nicht auffinden lässt, so sind doch die

Fälle, wo ein nachweisbares Uebel den Anlass giebt, darum nicht auszuschliessen. Fälle dieser Art habe ich oben beim acuten Gelenkrheumatismus und beim Scharlach schon angeführt; einen anderen will ich hier noch mittheilen.

Ein 16jähriges Dienstmädchen, von kräftigem Körperbau, ward am 11. Mai mit der Diagnose Pneumonie ins Krankenhaus geschickt. Sie war früher angeblich nie krank und ward am 8. Abends von Frost, Kopfschmerz, Schmerz in der linken Brusthälfte und Athemnoth befallen. Hustenreiz hatte sich erst am Tage der Aufnahme eingestellt; Auswurf war nicht vorhanden. Die Kranke hatte ein geröthetes Gesicht, eine heisse Haut, einen äusserst frequenten Puls, aber keine besondere Dyspnöe, namentlich konnte sie auf Aufforderung tief inspiriren, ohne Schmerz zu empfinden. Die physicalische Untersuchung des Thorax ergab keine Abnormität an den Lungen und dem Herzen. Die Milz war nicht vergrössert, der Leib nirgends besonders empfindlich; der Stuhlgang war regelmässig, die Zunge wenig belegt. Die Kranke hatte noch fortwährend Schmerzen in der linken Seite. Sie erhielt eine Auflösung von Nitrum. In der Nacht delirirte sie lebhaft und verliess häufig das Bett; sie hatte zwei flüssige Stuhlausleerungen. Die Untersuchung liess am folgenden Tage ebenso wenig Pleuritis oder Pneumonie, als Milzvergrösserung oder sonst etwas Bestimmteres ausser den Fiebererscheinungen nachweisen. Die folgende Nacht war wieder unruhig, wie die erste, am Tage war die Kranke ganz ruhig, fieberte aber stets lebhaft, ohne irgend welche locale Symptome. In der dritten Nacht nahm die Unruhe zu, die Kranke schrie und sang unaufhörlich, schlief aber am folgenden Morgen ruhig. Objective Symptome, ausser dem Fieber und einer wenig belegten Zunge waren nicht aufzufinden, selbst der einige Tage vorhandene Durchfall hatte einer ganz normalen Stuhlausleerung Platz gemacht, Jetzt wurden nasse Einwicklungen angeordnet. Die Kranke ward durch dieselben etwas erleichtert, sang und lärmte jedoch noch die nächste Nacht und klagte am Tage immer über dieselben Beschwerden. Die Einwicklungen wurden indess, zweimal täglich, fortgesetzt, die nächste Nacht war ruhig, die Kranke schlief, hatte am Tage darauf viel geringeres Fieber; die darauf folgende Nacht war ebenfalls ruhig, es stellte sich Appetit ein und nun trat vollständige und ziemlich rasche Reconvalescenz ein.

Kopfschmerz und Schwindel waren bei mehreren Kranken die hauptsächlichsten Beschwerden; in vielen Fällen liess sich der Kopfschmerz als consensueller nachweisen, mitunter nicht. Bei der subjectiven Natur dieses Symptomes ist man in Hospitälern über das wirkliche Vorhandensein oft ungewiss. In zwei Fällen, wo ein bestimmteres Hirnleiden angenommen werden muss, erlaubten einmal die erfolgte rasche Genesung, das andere Mal die verweigerte Section nicht, die Natur des Uebels näher festzustellen.

Ein 26jähriger Nagelschmiedgesell, welcher bisher ganz wohl gewesen war und wie gewöhnlich gearbeitet hatte, ward eines Abends plötzlich von heftigem Kopfschmerz und Schwindel befallen. Der Kopfschmerz war so heftig, dass er die ganze Nacht stöhnend im Bette lag. Als er am andern Morgen ins Krankenhaus kam, war der Kopfschmerz noch vorhanden, die Sprache etwas lallend und langsam, der Puls retardirt; zugleich war etwas Sopor vorhanden. Er erhielt Blutigel an den Kopf, ein warmes Bad mit kalter Begiessung und ein Laxans aus Calomel und Jalapa. Am Abend war der Puls beschleunigt, die Hauttemperatur erhöht, der Kranke hatte aber weniger Kopfschmerz, schlief die Nacht gut und war am Tage darauf bis auf einige Mattigkeit ganz wohl, so dass er schon nach einer Woche wieder das Krankenhaus verliess.

Die 34jährige Frau eines Stuhlmachers litt seit mehreren Jahren an öfter sich wiederholenden Anfällen von Kopfschmerz und Schwindel; in der letzten Zeit hatte das Uebel zugenommen, der Appetit hatte sich verloren und die Kräfte waren mehr geschwunden. Die Kranke hatte öfter Anfälle von ohnmachtähnlicher Erschöpfung, ass wenig, hatte eine stark belegte Zunge und trägen Stuhlgang. Sie war in ihrem Wesen etwas zerstreut und erschien etwas stumpfsinnig, hatte aber das entschiedene Bewusstsein ihrer Krankheit und klagte über die Zunahme derselben. Lähmungs- oder Krampferscheinungen waren nicht vorhanden. Am 9. Tage nach der Aufnahme collabirte sie stark und starb unter den Erscheinungen der Lungenlähmung. — Die Section ward von dem Manne, zu seinem eigenen späteren Leidwesen, verweigert.

Neuralgieen.

Es kamen nieht viele Fälle dieser Affeetion zur Behandlung. Es waren ergriffen: der Trigeminus bei 2 männl., ein Intereostalis bei 2 männl., 1 weibl., der Isehiadieus bei 4 männl., 1 weibl., ein Hautnerv des Nackens bei 1 weibl., einer des Untersehenkels bei 2 weibl, die Urethra und der Blasenhals bei 1 männl., 1 weibl. Kranken.

Einer dieser Kranken mit Neuralgien des dritten Astes des Trigeminus war schon öfter im Krankenhause, die Sehmerzen waren so heftig, dass er oft kaum essen konnte; einigemal traten starke Schwindelzufälle hinzu, ohne dass sieh eine bestimmte Hirnaffection nachweisen liess. Er wurde auch diesesmal, wie die vorigen, im Krankenhause von seinen Besehwerden befreit, ist jedoch später wiedergekommen, da sein Beruf, die Anfertigung von Holzpantoffeln, ihm offenbar zu anstrengend ist.

Die Neuralgie der Urethra war bei der weibliehen Kranken, einer 26jährigen Frau eines Lohndieners, anseheinend von Antroversio Uteri bedingt; weder an der Urethra, noeh der Blase war

sonst eine krankhafte Veränderung; bei dem männlichen Kranken einem 27jährigen Knecht, war vor einem halben Jahr ein Tripper vorausgegangen, von dem jedoch durchaus keine Residuen zurückgeblieben waren. Auch hatte die Neuralgie längere Zeit nach dem Tripper begonnen. In diesem Falle war, wie so oft bei neuralgischen Affectionen der Genitalien und Harnorgane eine starke hypochondrische Verstimmung vorhanden. Der Kranke empfand allerlei ganz ungewöhnliche Dinge und es wurden diese Empfindungen durch ebenso ungewöhnliche Ursachen hervorgerufen. Kranke dieser Art sind eigentlich schon als Gemüthskranke aufzufassen und zu behandeln. — Beide Kranken wurden ungeheilt entlassen.

Krankheiten der Respirationsorgane.

Catarrh.

Die Zahl der an Lungen- und Bronchial-Catarrh behandelten Kranken ist schwer genau zu bestimmen, weil diese Krankheit eine so häufige Complication anderer Uebel ist und man, wenn man alle Complicationen mitnehmen wollte, auf eine zu grosse Zahl kommen würde. Eine möglichst genaue Zusammenstellung der Fälle, wo Lungen- und Bronchial-Catarrh das hauptsächlichste Leiden war, giebt folgendes Resultat:

Bestand am 1. Januar 1859	16	männl.,	5	weibl.	Kranke
Im Laufe des Jahres aufgenommen	139	„	17	„	„
Es starben	6	„	3	„	„
Bestand am 1. Januar 1860	15	„	4	„	„

Die Gestorbenen waren: ein scoliotischer Cigarrenarbeiter, der im Verlaufe seines Uebels Hydrops mit Nierenaffection bekommen hatte, zwei marastische Männer von 68 und 76 Jahre, beide schon lange im Krankenhause verpflegt, ferner zwei Männer von 60 und 72 Jahren mit Emphysem und Herzerweiterung, ein anderthalbjähriger atrophischer Knabe, ein dreiwöchentliches Mädchen, welches am Tage nach der Aufnahme starb, eine 77jährige Frau und eine 40jährige weibliche Kranke mit totaler Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel, welche schon lange Lungencatarrh hatte.

Eine grosse Zahl der Kranken kam wegen acuter Verschlimmerung eines chronischen Catarrhs ins Krankenhaus; andere wurden anfangs wegen Lungencatarrh und nach Monaten wegen deutlicher Tuberculose wieder aufgenommen. Epidemischer Einfluss

machte sich nicht besonders bemerklich, doch zeichnete sich der Januar durch die Häufigkeit der Fälle aus. Die Monate April, Mai, Juni und Juli hatten die geringste Krankenzahl, welche sich im August vermehrte und bis Ende des Jahres dann wenig Abwechslung zeigte.

Pneumonie.

Idiopathische lobäre Pneumonie.

Der Bestand war am 1. Januar 1859 . . .	4	männl., 1	weibl.
Im Laufe des Jahres wurden aufgenommen .	61	„ 11	„
Es starben	5	„ —	„
Bestand am 1. Januar 1860	5	„ 1	„

Von diesen Kranken befanden sich in dem Alter von

10—20	Jahren	14	m.,	2	w.,	von	welchen	—	m.,	—	w. starben
20—30	„	32	„	3	„	„	„	2	„	—	„ „
30—40	„	6	„	1	„	„	„	—	„	—	„ „
40—50	„	8	„	1	„	„	„	2	„	—	„ „
50—60	„	2	„	2	„	„	„	1	„	—	„ „
60—70	„	3	„	3	„	„	„	—	„	—	„ „

Die grösste Aufnahme war im Mai.

Die Sterblichkeit erscheint für das Alter unter 60 Jahren fast doppelt so gross, als im Jahre vorher. Dieses Schwanken der Sterblichkeitsverhältnisse nach verschiedenen Zeitabschnitten ist eine bekannte Thatsache; wenn man aber mit so kleinen Zahlen rechnet, wie in diesem Falle, so muss man sich hüten, den gewonnenen Resultaten einen zu grossen Werth einzuräumen. Es wäre ein ganz unrichtiger Schluss, wenn man die vermehrte Sterblichkeit im Jahre 1859 aus einem ungünstigeren Genius epidemicus erklären wollte, man würde sonst z. B. auch ein besonders günstiges Verhältniss für das weibliche Geschlecht und für das Alter von 60—70 Jahren annehmen müssen. Bei der medicinischen Statistik kommt es nicht allein auf richtige Zahlen, sondern auf eingehende und kritische Erläuterung derselben an, eine in der Natur der Sache begründete Forderung, welche freilich die Anfertigung der jetzt mit so grossem Eifer betriebenen statistischen Krankheitstabellen sehr erschwert. Ein solches genaues Eingehen auf die einzelnen Fälle ist mir aus verschiedenen Gründen nicht möglich und ich beschränke mich daher nur auf einige Angaben. Die tödtlich verlaufenen Fälle von idiopathischer lobärer Pneumonie waren folgende:

Ein 53jähriger Arbeitsmann, am 21. Juli als an Cholera leidend geschickt hatte während seines etwa 20stündigen Aufenthalts im Krankenhause kein Cholerasymptome, war indessen äusserst erschöpft und athmete frequer mit lautem Rasseln. — Bei der Section fand man durchaus keine der b Cholera gewöhnlich gefundenen Veränderungen, aber rothe Hepatisatio des rechten unteren Lappens und starkes Lungenödem. Die Corticalsubstan der Nieren war röthlichweiss, aufgelockert, weich, streifig injicirt, die Obe fläche etwas uneben; die Nieren waren nicht merklich vergrössert, in de linken fand sich eine ziemlich grosse mit wässerigem Inhalt gefüllte Cyst Der Urin war nicht untersucht.

Ein 56jähriger Matrose wurde am 12. Februar mit der Diagnose „rheu matisches Fieber“ in das Krankenhaus geschickt. Er war ziemlich be nommen und konnte keine Auskunft über den Beginn und bisherige Verlauf der Krankheit geben; die Haut war heiss, der Puls machte 12 Schläge, das Gesicht sah sehr roth, etwas bläulich aus; er hatte Ozaen und Catarrh des rechten Thränensacks. Die physicalische Untersuchun der Brust ergab Dämpfung im Bereiche der rechten unteren Thoraxhälft mit bronchialer Respiration und Rasselgeräuschen. Stuhl und Urin ginge unwillkührlich ab. Ohne besondere Veränderung des Zustandes starb e nach etwa 48 Stunden. — Die Section wies graurothe Hepatisation de rechten unteren Lungenlappens mit frischen Exsudatablagerungen auf de Pleura, sowie fleischartige Verdichtung des linken unteren Lappens un seröse Infiltration nach. Die Arterien waren vielfach verkalkt; der link Ventrikel etwas hypertrophisch, die Basis der Mitral- und Aorta-Klappe waren verkalkt. Die Nieren nicht besonders erkrankt, doch in der Cor ticalbsubstanz der rechten mehrere kleine Cysten.

Ein 25jähriger Schustergesell, angeblich früher gesund, wurde an 28. Februar aufgenommen. Er war vor zwei Tagen mit Frost und Schmer in der rechten Brusthälfte erkrankt und hatte seitdem lebhaft gefiebert Bei seiner Aufnahme war das Gesicht geröthet, die Haut heiss, der Pul weich, 112 Schläge in der Minute, die Respiration beschleunigt, aber mi gleichmässiger Betheiligung beider Seiten. Beim Aufrichten bekam de Kranke Anwandlungen von Ohnmacht. Der Percussionston nirgends deutlic gedämpft, aber rechts hinten und unten etwas schwächer; hier hörte ma unbestimmtes Athmen, vorn Reibungsgeräusch, dabei Rasselgeräusch, sons überall normales Athmungsgeräusch. Am Herzen war nichts Abweichende zu entdecken. Der Appetit fehlte gänzlich, der Stuhlgang war fest, di Lebergegend sehr empfindlich, der Kranke erbrach bisweilen, der Urin war dunkel, nicht icterisch, der Durst stark vermehrt. Es wurden Schröpf köpfe gesetzt und 2stündlich Calomel gegeben. Der Schlaf war die Nacht gering. Der Kranke lag unruhig, aber ohne Delirien; er erbrach wiede mehrmals; es erfolgten mehrere dunkle Stuhlgänge, der Urin blieb ohne Gallenfarbstoff; die Schmerzhaftigkeit der Lebergegend blieb dieselbe. Er hustete nicht bedeutend, die Untersuchung der Brust ergab keine weiteren Veränderungen, die Fiebererscheinungen blieben dieselben. Es wurde dem Calomel etwas Opium beigefügt. — Der Zustand veränderte sich in den nächsten Tagen nur insofern, als in den Nächten Delirien, bald heftigere,

bald mussitirende, auftraten und der Kranke mehr das Bild eines Typhuskranken darbot. Die Milz vergrösserte sich und die Coecalgegend war schmerzhaft, Roseola war nicht vorhanden. Obwohl die Sputa bisweilen sanguinolent, dabei durchscheinend und zähe waren, so wurde doch trotz täglicher Untersuchung kein deutliches physicalisches Zeichen von Pneumonie oder Pleuritis gefunden. Das Calomel ward inzwischen bis zur Mundaffection fortgesetzt und dann mit einer Mixtur von Salzsäure mit Campher vertauscht. Je mehr der Kranke in Sopor verfiel, desto geringer trat der Husten, die Beengung und die Empfindlichkeit in der Lebergegend hervor. Am 8. März constatirte man pneumonische Infiltration der rechten Lunge an ihrer hinteren und oberen Partie; das Gesicht ward bläulich gefärbt, die Zunge blauroth und trocken, der Kranke verfiel dabei rasch und starb am Morgen des 11. März. — Bei der Section waren die Hautdecken und Museln, wie bei Abdominaltyphus, dunkel Die Schädelknochen, die Dura und Pia Mater, sowie das Gehirn sehr blutreich; an der Basis des Gehirns um das Chiasma die Arachnoidea mehr getrübt, das unter derselben befindliche Serum trübe. In den Ventrikeln war wenig röthliches Serum, dennoch turgescirte das Gehirn stark und die Windungen erschienen etwas abgeplattet. In der linken, zellig angehefteten Lunge starkes Oedem, rechts pneumonische Infiltration mit beginnender Eiterbildung fast der ganzen Lunge mit Ausnahme eines Theils der vorderen Partie des oberen und mittleren Lappens. Die hepatisirten Stellen waren stark serös durchfeuchtet, nach Ausdrücken des Serum blieb die Infiltration unversehrt zurück und contrastirte durch ihre feste Beschaffenheit mit der sonst in diesem Stadium so entwickelten Mürbheit der hepatisirten Stellen. Die Granulation der Schnittfläche war sehr ausgesprochen, ein Uebergang zur käsigen Metamorphose war indessen nicht deutlich zu erkennen. Die Pleura pulmonalis und costalis war mit einer nicht sehr dicken, weichen, weissgelben membranösen Exsudatschicht bedeckt, welche an der Basis, auf dem Zwerchfell eine etwas grössere Mächtigkeit erreichte. Flüssiges Exsudat war nicht vorhanden. — Am Herzen keine Veränderung, in demselben feste Fibringerinnsel. Leber blass; Milz gross, blass, etwas fest. Die Nieren hyperämisch und etwas geschwellt, die Oberfläche der linken mit kleinen Ecchymosen bedeckt. Im Darmcanal keine Spur von Abdominaltyphus.

Die Diagnose war in diesem Falle im Anfange auf Pleuritis und Peritonitis diaphragmatica der rechten Seite gestellt und es blieb in dieser Beziehung auch in den nächsten Tagen schwankend, welcher Fläche des Zwerchfells man den hauptsächlichsten Antheil an der Krankheit zuschreiben sollte. Da weder deutlichere Erscheinungen von Peritonitis, noch von Icterus, noch andererseits von Pleuritis oder Pneumonie sich ausbildeten, so dachte man an einen umschlossenen Exsudatheerd in der Gegend der Lungenbasis. Später neigte sich die Anschauung mehr der Annahme eines Abdominaltyphus von ungewöhnlichem Verlaufe zu. Selbst als die

Erscheinungen der Pneumonie in den letzten Tagen deutlich hervor traten, schien diese späte Entwicklung auf einen secundären Charakter derselben zu deuten. Jedoch kann man bei unbefangener Betrachtung aus dem Sectionsbefunde nichts ersehen, als eine gewöhnliche Pneumonie. Wahrscheinlich wurden die tiefer gelegenen Theile zuerst ergriffen und die noch lufthaltigen Partieen der Oberfläche liessen die gewöhnlichen physicalischen Erscheinungen nicht hervortreten.

Ein 41jähriger Schiffsknecht, von ziemlich kräftigem Aussehen, drei Tage krank, ward am 25. Juni aufgenommen. Er hatte damals plötzlich Frost, Seitenstich, Husten und blutigen Auswurf bekommen. Bei seiner Aufnahme war er sehr beengt, im Gesicht cyanotisch, athmete angestrengt aber oberflächlich, der Athem rasselte stark. Der Puls war klein, weich, sehr frequent, die Haut heiss, die Zunge etwas belegt, der Stuhlgang angehalten. Die rechte Brusthälfte gab hinten fast überall einen gedämpften Percussionston, bronchiales Athmen und Rasselgeräusche. Links hinten schien an der Basis auch eine Verdichtung vorhanden zu sein. Vorne keine Dämpfung. Der Kranke erhielt ein Clysma, 12 Schröpfköpfe auf die Brust und stündlich Flor. Benzoës grij. Als hiernach keine Erleichterung eintrat, ward noch eine Auflösung von Tartarus stibiatus (grjv auf ℥vj) versucht, welche Erbrechen und Durchfall erregte, ohne die Respiration zu erleichtern. Er starb in der zweiten Nacht. Bei der Section fand man links ein geringes pleuritisches Exsudat und starkes Oedem der Lunge mit einiger Verdichtung der hinteren, unteren Partieen ohne Granulation der Schnittfläche. Rechts ein ziemlich bedeutendes pleuritisches Exsudat neben pneumonischer Infiltration fast der ganzen Lunge mit Ausnahme der oberen vorderen Partie. Die Aortaklappen waren etwas verdickt und zwei derselben theilweise verwachsen. Die Schleimhaut der Flexura iliaca war aufgelockert, schwach geröthet, mit einer dünnen Schicht croupösen Exsudates bedeckt und an einzelnen Stellen oberflächlich erodirt.

Ein 21jähriger Zimmergesell, dem Aussehen nach ein Trinker, ward am 30. August aufgenommen. Er war am 27. mit Frost und Stechen in der rechten Brusthälfte erkrankt. Die Untersuchung ergab pneumonische Infiltration des rechten unteren Lungenlappens. Der Kranke hustete viel, ohne Auswurf, delirirte des Nachts lebhaft, die ausgestreckten Hände wie auch die Zunge zitterten stark; das Gesicht war cyanotisch und gedunsen, der Puls machte 136 Schläge. Der Kranke erhielt ein Vesicans auf die Brust und ein Infus. Digitalis mit Opiumtinctur. Er starb schon am 1. September früh Morgens. Der sonst dem gewöhnlichen Befunde bei Pneumonie entsprechende Sectionsbefund zeigte die rechte Lunge in vier Lappen getheilt, von denen die drei unteren im Stadium der sogenannten rothen Hepatisation waren, mit theilweiser eitriger Zerfliessung. Im linken unteren Lappen war ebenfalls etwas entzündliche Infiltration. Auf dem ziemlich grossen Herzen zeigten sich Ecchymosen. Die übrigen Organe zeigten die gewöhnlichen, die Pneumonie begleitenden Veränderungen; deutliche Spuren von Alcoholmissbrauch fanden sich nicht.

Diesen unglücklich verlaufenen Fällen gegenüber wurden mehrere schwere beobachtet, welche günstig verliefen und namentlich auch die bei Pneumonie so gewöhnliche plötzliche Wendung zur Besserung bemerken liessen.

Ich will hier noch einige günstig verlaufene Fälle anführen, bei welchen eben so wohl ein tödtlicher Ausgang hätte erwartet werden können.

Ein 32jähriger Arbeitsmann, angeblich früher gesund, ward am 12. Mai aufgenommen. Er war am 9. plötzlich mit Frost und Stich in der rechten Seite erkrankt und hatte Husten mit Blutauswurf bekommen. Bei der Aufnahme hustete er mässig viel, mit charakteristischem, pneumonischen Auswurf; die Respiration war beschleunigt, der Puls voll und kräftig von 108 Schlägen, die Hauttemperatur sehr erhöht, die Zunge dick weiss belegt. Bei der physicalischen Untersuchung zeigten sich Dämpfung des Percussionstons, bronchiales Athmen und grossblasige Rasselgeräusche im Bereiche des rechten oberen Lungenlappens. (8 Schröpfköpfe; Inf. digital. von ʒß auf ℥viij.) Die Nacht war etwas unruhig, der Kranke schlief wenig; nach den Schröpfköpfen war wenig Erleichterung eingetreten, wesshalb dieselben am anderen Tage wiederholt wurden; der übrige Zustand war unverändert. Am 14. war die Dämpfung des Percussionstons weiter iach abwärts gegangen, ganz unten war Knisterrasseln und tympanitischer 'ercussionston. Der Kranke war icterisch geworden. Die Respiration rfolgte 28 Mal, der Pulsschlag 104 Mal in der Minute. In der folgenden Nacht lebhafte Delirien; der Kranke wollte stets fortlaufen und war nur nit Mühe im Bette zu halten. Am 15. Morgens war das Sensorium beiommen; der Kranke fühlte sich wohl und verlangte seine Entlassung.)er Puls war 112, voll, das Gesicht geröthet, der Kopf heiss. Die Dämpfung atte nach unten zugenommen, es war hier auch etwas Reibungsgeräusch u hören. Er erhielt 2 Gaben Calomel von grx. und kalte Umschläge auf len Kopf. Nach dem Calomel erfolgten nur zwei Stuhlgänge. In der iächsten Nacht war der Kranke in starken Delirien und musste mehrmals nit Gewalt wieder ins Bett gebracht werden. Der Icterus hatte zugeommen. Die physicalischen Erscheinungen an der rechten Lunge waren ngefähr dieselben, doch zeigte sich mehr Knisterrasseln und etwas Abahme der Dämpfung des Percussionstons nach unten. Das Sensorium var den Tag über noch benommen und dieselbe abnorme Euphorie voranden, wie am Tage zuvor. Er erhielt ein Infus. Ipecacuanh. mit Acid. hosphoric. und Opium. Die Delirien arteten jetzt in förmliche Tobsucht us, so dass der Kranke befestigt werden musste; am 17. fiel er jedoch ı festen Schlaf, in welchem er ungefähr 24 Stunden zubrachte. Als er rwachte, war er bei ganz freiem Bewusstsein, fühlte sich matt, aber sonst emlich wohl; das Fieber hatte ganz aufgehört, der Puls war auf 64 Schläge erabgesunken. Die physicalischen Erscheinungen hatten sich nicht weiter ünstig verändert, der Husten bestand in mässigem Grade fort, die Sputa aren noch blutig. Am 19. hatte der Kranke schon Appetit, doch zeigten e physicalischen Erscheinungen erst am 21. die fortschreitende Lösung

der Pneumonie an. Der Kranke schritt in der Reconvalescenz rasch fo: und konnte am 7. Juni geheilt entlassen werden.

Ein 24jähriger Knecht, von grossem, kräftigen Körperbau, erkrankt am 17. April plötzlich mit heftigem Fieber, Schwindel; Kopfschmerz un Mattigkeit. Nach Angabe des begleitenden ärztlichen Attestes hatte (auch delirirt. Als er am 21. ins Krankenhaus aufgenommen wurde, wa er ausserordentlich muskelschwach, klagte über Kopfschmerz und Schwind mit zeitweiliger Bewusstlosigkeit. Er hatte Tags zuvor Nasenbluten be kommen. Die Haut war heiss, der Puls voll, 116 Schläge in der Minu machend; der Leib war etwas aufgetrieben, in der Coecalgegend gege Druck etwas empfindlich, dabei etwas Durchfall. Die Milz erschien ve: grössert, die Gegend derselben war beim Drucke schmerzhaft. Seit dei Morgen des 21. war Husten eingetreten mit etwas blutigem Auswur Hinten an der rechten unteren Thoraxhälfte zeigte sich Dämpfung de Percussionstons in nicht grossem Umfange, unbestimmtes Athmen un Knisterrasseln. (Inf. Ipecac. mit Acid. muriat und Tinct. theb.) Abenc war der Kranke sehr fieberhaft und fing an zu deliriren, wesshalb er ein nasse Einwicklung und kalte Umschläge auf den Kopf bekam. Er delirirt die Nacht hindurch viel, ward aber am Morgen ruhiger. Die Pulsfrequer war nur 108 Schläge, die Respiration 28, aber mühsam; die Dämpfun des Percussionstones hatte zugenommen, der Husten war stärker, d Ileo-Coecalgegend und die Milzgegend waren beim Drucke schmerzhaf die Milz beträchtlich vergrössert. In der Nacht darauf wieder Delirier am folgenden Tage keine wesentliche Veränderung des allgemeinen Zu standes. Durchfall hatte sich seit seinem Aufenthalte im Krankenhaus nicht mehr gezeigt. Er hustete noch viel und es zeigte sich links unte und hinten am Thorax ebenfalls Dämpfung des Percussionsschalles un bronchiales Athmen. Am 24. war entschiedene Remission des Fieber vorhanden, der Puls machte nur 80 Schläge, die Respiration geschah nu 24 Mal in der Minute. Die Erscheinungen der Pneumonie in beiden untere Lungenlappen waren noch unverändert vorhanden; die Milz blieb noc vergrössert. Die Nacht darauf hatte der Kranke wenig phantasirt, de Puls war am anderen Morgen auf 76 Schläge in der Minute herabgegangei die Respirationsfrequenz war dieselbe; die Hauttemperatur niedriger, a die Tage vorher. Rechts zeigten sich die Erscheinungen der beginnende Lösung. Am 26. April war nach einer ruhigen Nacht die Pulsfrequer auf 48 Schläge herabgesunken, die Respiration auf 21 Athemzüge; an beide Seiten Erscheinungen der Lösung in den infiltrirten Lungenpartieen. Am 2' 64 Pulsschläge, überhaupt nahezu normales Befinden, schon ziemlich gute Appetit; von da an fortschreitende Reconvalescenz, so dass der Kranl am 9. Mai geheilt entlassen werden konnte.

Ein Dienstmädchen von 15 Jahren, für ihr Alter sehr kräftig entwickel wollte bei ihrer Aufnahme am 27. November seit acht Tagen krank sei Sie hatte an stechendem Schmerz in der linken Brusthälfte, Husten un Engbrüstigkeit gelitten. Sie war ziemlich kurzathmig, die Athemzüge e folgten 44 Mal in der Minute, sie stiess häufig zum Husten an, ohr expectoriren zu können. Der Puls machte 128 Schläge. Der Percussion

schall war auf der linken hinteren Brusthälfte bis hoch hinauf ganz leer, es zeigte sich hier bronchiales Athmen und Bronchophonie. Vorn war heller Percussionsschall. Die rechte Lunge war frei. Die übrigen Fiebererscheinungen wie gewöhnlich. Die Kranke erhielt sechs Gaben von Calomel grij in 3stündigen Zwischenräumen, darauf ein Infus. Digitalis. Am 28. keine wesentliche Veränderung. Am 29. Schmerz in der rechten Brusthälfte, wo sich auch bald im Bereiche des unteren Lungenlappens Dämpfung des Percussionsschalles und bronchiales Athmen zeigte. Die Dyspnöe der Kranken war durch die hinzugetretene Affection der rechten Lunge bedeutend gesteigert und die Respirationsfrequenz auf 56 gestiegen. In den folgenden Tagen stieg sie auf 60 Athemzüge, die Pulsfrequenz steigerte sich auf 132. Am 3. December war bei gleicher Respirationsfrequenz der Puls auf 124 und am 4. auf 108 gesunken; an beiden Lungen zeigten sich viel Rasselgeräusche, die Kranke expectorirte aber noch wenig. Am 5. December war der Puls bei noch ziemlich frequenter und oberflächlicher Respiration auf 60 Schläge herabgesunken, am 6. auf 56. Gleichzeitig trat fortschreitende Lösung der Pneumonie auf beiden Seiten ein. Am 13. December waren nur noch einzelne Rasselgeräusche auf beiden Seiten zu hören, sonst war überall der normale Zustand zurückgekehrt.

Eine 66jährige Zimmermannswittwe, von decrepidem Aeusseren, ward am 25. April aufgenommen. Sie war seit vier Wochen unwohl, hatte wenig Appetit, etwas Durchfall gehabt und war allmählich schwächer geworden. Seit drei Tagen fehlte die Oeffnung; seit der Zeit war sie fieberhaft. Sie athmete ziemlich schnell und mühsam und hustete viel ohne Auswurf. Im unteren Theil der linken hinteren Thoraxhälfte, wo die Kranke einen stechenden Schmerz hatte, war der Percussionston gedämpft, man hörte hier Knisterrasseln und unbestimmtes Athmen. Der Puls machte 108 Schläge in der Minute; der Appetit fehlte, die Zunge war wenig belegt, des Nachts delirirte die Kranke und war auch bei Tage nicht ganz bei sich. Sie erhielt eine Auflösung von Nitrum mit Tartarus stibiatus. In der ersten Nacht war die Kranke ziemlich unruhig, ward am Abend des zweiten Tages ruhiger und blieb auch die Nacht so. Am dritten Tage war die Besinnung zwar frei, doch konnte die Kranke vor Schwäche nicht gut reden; sie war sehr collabirt, die Extremitäten waren kühl, das Gesicht livide gefärbt, der Athem beschleunigt, angestrengt und rasselnd, der Puls klein, von 130 Schlägen. Sie schien dem Tode nahe. Es ward ihr ein Analepticum aus Spir. muriat. aeth. mit Syrup. Seneg. gereicht. Gegen Abend verfiel sie in mussitirende Delirien, lag Tags darauf noch ziemlich ebenso, nur mit etwas geringerer Pulsfrequenz, aber stets mit kühlen Extremitäten und lividem Gesichte. Am 29. fing der Puls an, sich zu heben, die übrigen Erscheinungen des Collapsus und der drohenden Lungenlähmung waren noch unverändert. Am 30. war das Befinden entschieden etwas besser, der Athem nicht mehr so rasselnd, die Extremitäten nicht mehr kühl, der Puls mehr gehoben, die Dämpfung des Percussionstons war noch vorhanden, aber nicht mehr so ausgedehnt, man hörte an der erkrankten Stelle verschärftes, aber mehr vesiculäres Athmen. Die Respiration war noch immer angestrengt und beschleunigt. Nachdem sie

bisher immer das Analepticum fortgebraucht hatte, konnte dasselbe am 1. Mai mit einem Infus. Ipecacuanh. vertauscht werden. Am 2. Mai war der Percussionsschall an der früher gedämpft klingenden Stelle tympanitisch das Athmungsgeräusch noch verschärft. Am 6. Mai waren alle Spuren der Pneumonie bei der physicalischen Untersuchung verschwunden; am 8 fing die Kranke an, auf kurze Zeit das Bett zu verlassen. Trotz der anfänglich grossen Schwäche konnte sie am 1. Juni entlassen werden.

Der Sitz der Pneumonie war in den der obigen Berechnung zum Grunde gelegten Fällen

im rechten oberen Lappen	bei	5	männl.,	1	weibl.
„ „ unteren „	„	21	„	4	„
in der ganzen rechten Lunge	„	3	„	—	„
im linken oberen Lappen	„	3	„	—	„
„ „ unteren „	„	25	„	5	„
in beiden unteren Lappen	„	8	„	2	„

Die Behandlung der Pneumonie war stets möglichst einfach und dem individuellen Falle angepasst. Das allgemeine Verhalten des Kranken ist offenbar bei der Pneumonie viel Wesentlicher, als die pharmaceutische Behandlung. Letztere war meist symptomatisch und es wurde so viel als möglich eine schablonenmässige Therapie vermieden, bei welcher man mehr die Krankheit, als den Kranken behandelt. Aderlässe wurden auch im Jahre 1859 in keinem einzigen Falle gemacht.

Die Pneumonie war in vielen Fällen ein secundäres Leiden. Der Complicationen mit Typhus, Variola, Rheumatismus und Cholera ist schon früher gedacht; unter den übrigen Complicationen sind noch folgende zu erwähnen: Bei 4 männl. und 1 weibl. Kranken gesellte sich die Pneumonie zu länger bestehenden Herzleiden, bei 3 männl. zu Hirnhämorrhagien, bei 1 männl. Kranken zu acutem Morbus Brightii. Bei einer 81jährigen Frau, welche an Marasmus litt bildete sich beiderseitige Pneumonie mit pleuritischem Ergusse aus. Eine 62jährige Näherin, lange an chronischem Bronchialcatarrh und Emphysm leidend, bekam Pneumonie beider unterer Lappen. Die Complication mit Pleuritis war natürlich häufig, doch meist mit entschiedenem Vorwalten des einen Processes.

Abscesse und Necrose des Lungengewebes.

Bei einer 66jährigen Krankenwärterin, welche seit länger als 25 Jahren im Krankenhause beschäftigt gewesen war und an Hirnhämorrhagie starb, ward in der Mitte der linken Lunge, eine von

der Lungenwurzel ausgehende schwielige Verdichtung des Gewebes gefunden, welche eine vielfächerige Höhle begrenzte. Diese war mit dicklichem, gelben Eiter erfüllt und reichte an einer Stelle nahe an die Peripherie. Die Wandungen liessen keine deutliche Membran erkennen, eben so wenig war necrosirtes Lungengewebe vorhanden. Die Höhle communicirte nicht mit einem grösseren Bronchus, doch stand eine spindelförmige Erweiterung eines kleinen Bronchialastes mit der Höhle in Verbindung. Symptome während des Lebens waren nicht vorhanden gewesen oder richtiger gesagt, man hatte keinen Anlass gehabt, nach ihnen zu forschen.

In einem zweiten Falle war die Diagnose nicht mit Sicherheit auf Lungenabscess zu stellen, obwohl ein solcher sehr wahrscheinlich war.

Ein 26jähriger Schustergesell, von bleichem Aussehen, indessen nicht merklich abgemagert, ward am 20. November 1858 wegen Ischias aufgenommen. Er litt schon drei Monate an diesem Uebel, welches in der letzteren Zeit zugenommen hatte und durch Berührung und Bewegung verschlimmert wurde. Am 3. December, als die Schmerzhaftigkeit des Beins schon mehrere Tage bedeutend nachgelassen hatte, wurde er von lebhaften Fieberbewegungen befallen; gleichzeitig hustete er stark und warf gríngelbliche confluirende Massen aus. Die physicalische Untersuchung ergab im hinteren unteren Theil der linken Brusthälfte nahe der Wirbelsäule in der Ausdehnung etwa einer Hand bei der Percussion einen etwas tympanitischen Ton und lautes, fast amphorisches Athmungsgeräusch mit starker Bronchophonie. Am folgenden Tage dauerte das Fieber, der Husten und die nicht reichliche, aber an Qualität nicht veränderte Expectoration fort; an der Stelle des tympanitischen Percussionstons war vollständige Dämpfung; die Auscultationserscheinungen waren dieselben. Am 5. hatte das Fieber und der Husten merklich nachgelassen, der Auswurf war gering; am 7. war kein Fieber mehr vorhanden, der Auswurf war unbedeutend und schleimig, an der erkrankten Stelle geringere Dämpfung und Knisterrasseln, aber noch bronchiale Exspiration. Am 10. war weder Knisterrasseln noch bronchiales Athmen mehr zu hören, die Dämpfung noch in geringem Grade vorhanden. Das Exspirationsgeräusch war etwas verlängert, der Auswurf gering und schleimig. Von jetzt ab verschwanden alle Lungenerscheinungen, nur am 19. December war eines Tages Fieber zugegen und in der früher erkrankten Lungenpartie Knisterrasseln wahrzunehmen; diese Erscheinungen verschwanden rasch, ohne dass sich eine neue Infiltration gebildet hätte. Der Kranke blieb noch bis Ende Februar im Krankenhause und zeigte keine weiteren Erscheinungen von Lungenerkrankung.

Der dritte Fall war der folgende:

Ein schwächlicher, bleich aussehender Arbeitsmann von 55 Jahren, von gesunden Eltern abstammend, hatte schon mehrere Jahre an Husten

und Auswurf gelitten. Zu Anfang des Januar 1859 verschlimmerte sicl der Husten ziemlich plötzlich unter Fiebererscheinungen, welche mit Fros begannen; seitdem reichlicher Auswurf und allmählicher Verfall der Kräfte trotz ziemlich guten Appetites. Am 14. März wurde er ins Krankenhau aufgenommen. Der Brustkasten war mager, die linken Schlüsselbeingrube etwas eingesunken, ohne merkliche Veränderung der Percussion oder Aus cultation an dieser Stelle. Der Percussionston war überall sonor mi Ausnahme der linken hinteren Brusthälfte von der Spina scapulae abwärts wo vollkommene Dämpfung war; hier hörte man ein scharf bronchiale fast amphorisches Athmungsgeräusch mit grossblasigen Rasselgeräuschen Das Athmungsgeräusch war im Allgemeinen fast überall verschärft, hi und da von Rasselgeräuschen begleitet. Die Leber erschien etwas nac abwärts gedrängt, das Herz von der Lunge überragt; die Herztöne ware etwas dumpf, aber ohne sonstige Veränderung. Der Auswurf war seh reichlich, flüssig, confluirend, eiterartig, ohne üblen Geruch. Es ware keine Fieberbewegungen und guter Appetit vorhanden. Der Zustand de Kranken veränderte sich anfangs wenig; er hustete stets viel mit seh reichlichem Auswurf. Die physicalischen Erscheinungen zeigten das Au fallende, dass bisweilen an der gedämpft klingenden Stelle das Respir tionsgeräusch und die consonirenden Geräusche vollkommen fehlten, bi weilen auch der Ton mehrere Tage tympanitisch klang und dann wiede gedämpft erschien. Erst Ende April besserte sich der Husten und ve minderte sich der Auswurf. Die Dämpfung erschien weniger deutlich, da Athemgeräusch mehr scharf, als gerade bronchial, zuletzt war nur noc eine geringe Dämpfung vorhanden. Die Kräfte des Kranken hatten sic gehoben und sein Befinden sich Mitte Mai so weit gebessert, dass er sei Entlassung wünschte. Die Behandlung war auf Infus. Ipecacuanh. m. Salmiak, ein Vesicator und auf Ol. jecoris beschränkt geblieben.

Necrose des Lungengewebes wurde in folgenden Fällen b obachtet:

Ein 56jähriger Schuster litt seit mehreren Jahren am Husten, welch sich jeden Winter zu verschlimmern pflegte; im Sommer des Jahres 18 verminderte er sich jedoch nicht, blieb vielmehr anhaltend heftig. En December ward er eines Tages von Frost und Schmerz in der link Brusthälfte befallen; er bekam heftigen Husten mit blutigem Auswurf ur anhaltendes Fieber, welches ihn nöthigte, das Bett zu hüten und welch seine Kräfte rasch verminderte; bald wurde der Auswurf missfarbig un übelriechend. Am 5. Januar wurde er ins Krankenhaus aufgenomme Sein Körper war sehr abgemagert, die Füsse waren ödematös, der Appet fehlte, der Durst war vermehrt; der Puls gross, weich, frequent, die Hau temperatur erhöht. Der Thorax war abgemagert, die linke obere Part gab einen matten Percussionston, das Athemgeräusch war hier an d hinteren Fläche schärfer, als rechts, vorn aber schwächer zu hören, dab Rasselgeräusche. Die Sputa zerfliessend, flockig, bröcklig, missfarbi äusserst übelriechend. Der Kranke war heiser und hatte beim Schling Schmerzen, ohne dass man im Schlunde etwas bemerken konnte. D Athem war unerträglich stinkend. Der Zustand ward nicht erleichter

am 16. Januar starb er. — Bei der Section fand man beide Lungen an einzelnen Stellen durch zellgewebsartige Stränge mit der Costalwand verwachsen, dabei an mehreren Stellen mit einer dünnen, weichen, gelben Exsudatschicht bedeckt. Auf der Oberfläche der linken Lunge, vorzüglich im oberen Lappen, gelbgraue, rundliche Verschorfungen der Pleura, unter denen das Lungengewebe necrotisch zerfallen war und theilweise unregelmässige, zerklüftete Höhlen bildete. Solche necrotische Heerde fanden sich auch in der Tiefe des Parenchyms. Die kleineren Bronchialverzweigungen waren erweitert, mit breiigem, missfarbigen Secret erfüllt. Die Schleimhaut dunkel geröthet; zum Theil konnte man dieselben direct in die necrotischen Höhlen verfolgen; an einzelnen Stellen communicirten sie mit diesen durch kleine Oeffnungen mit verschorften Rändern in der Wandung. Das zwischenliegende Lungengewebe war ganz mit missfarbigem Serum infiltrirt, zum Theil dadurch bis zum Zerfliessen erweicht. Die rechte Lunge enthielt ähnliche necrotische Heerde, doch in weit geringerer Zahl, das zwischenliegende Gewebe war lufthaltig. Der rechte Giesskannenknorpel war an seiner Spitze necrotisch, die ihn bedeckende Schleimhaut des Pharynx zerstört. Der übrige Sectionsbefund ohne wesentliche Bedeutung.

Ein 59jähriger Arbeitsmann, seit langer Zeit an Bronchialcatarrh leidend, ward Anfangs August von der Cholera befallen, die er zwar überstand, in Folge derer er sich jedoch nicht wieder erholen konnte. Vierzehn Tage nach dem Anfalle kam er ins Krankenhaus. Er war sehr abgemagert und erschöpft und fieberte mit kleinem schwachen Pulse und rother, trockener Zunge; er klagte über Athemnoth und Husten, gleichzeitig über Gliederschmerzen und Schlaflosigkeit. Am Kreuzbein waren Schorfe vom Durchliegen. Die physicalische Untersuchung, welche nur oberflächlich vorgenommen wurde, ergab kein auffallendes Resultat. Die Sputa waren missfarbig, ineinanderfliessend, übelriechend. Er starb schon am dritten Tage. In beiden unteren Lappen zeigten sich die kleineren Bronchien erweitert, ihre Schleimhaut geröthet, die nächste Umgebung luftleer, auf der Schnittfläche granulirt und theils eitrig infiltrirt, theils necrotisch zerfallen. Das zwischenliegende Gewebe serös infiltirt, die oberen Lappen gesund. Auf der Pleura der unteren Lappen schwielige Verdickungen. An den Unterleibsorganen marastische Atrophie, nirgends ein an Cholera erinnernder Befund.

Ein 44jähriger Arbeitsmann hatte schon lange an Husten mit reichlichem Auswurf gelitten; als er am 1. September ins Krankenhaus aufgenommen wurde, hatte sich der Husten seit mehreren Wochen verschlimmert, der Auswurf war reichlicher geworden und hatte einen widerlichen Geruch und Geschmack angenommen. Er hatte dabei Fieber und verlor den Appetit. Starke Rasselgeräusche auf der Brust hinderten die genauere Untersuchung; doch hörte man in der linken Brusthälfte nach unten an mehreren Stellen bronchiales Athmen, auch zeigte sich hier der Percussionston gedämpft. Die Sputa waren sehr reichlich, confluirend, missfarbig, einzelne Fetzen enthaltend und von äusserst üblem Geruche. Der Husten war heftig und raubte dem Kranken die Nachtruhe. Während seines achttägigen Aufenthalts im Krankenhause gelang es nicht, ihm einige Linderung

zu verschaffen; der Husten vermehrte sich, der Auswurf stank imme heftiger und das Fieber nahm zu. Er starb am 9. September. — Die link Lunge zeigte sich bei der Section im Bereiche des unteren Lappens durc kurze Zellgewebsstränge mit der Costalwand verwachsen; in demselbe befand sich ein grosser unregelmässiger Heerd von necrotisch zerfallenem Lungengewebe, welcher von einer graugelben verdichteten Schicht umgebe war; diese zeigte eine grobkörnige Schnittfläche und reichliche seröse In filtration. Die Bronchien waren ziemlich gleichmässig, gegen die Peripheri hin mehr sackig erweitert; die Höhlungen derselben waren mit sphacelösem Brei erfüllt. Im unteren Theile des oberen Lappens waren zwei kleiner ähnliche Heerde nahe bei einander, deren einer deutlich mit einem er weiterten Bronchus zusammenhing. In der rechten Lunge fanden sic mehrere derartige necrotische Heerde von kleinerem Umfange. Thrombe in den Lungenarterienästen waren in diesem Falle so wenig, wie in de vorigen zu bemerken.

Die folgenden Fälle zeichneten sich durch die Combination mi Tuberculose aus, welche im Allgemeinen selten stattfindet. Einma ist der chronische Catarrh mit Emphysem und Bronchialerweite rungen, welcher am häufigsten necrotische Heerde in den Lunger veranlasst, der Entwicklung von Tuberculose nicht günstig, zweiten ist das in käsiger Metamorphose begriffene Exsudat zu necrotischen Zerfalle nicht so geeignet. In den Fällen, wo Lungennecrose und Tuberkeln zusammen vorkommen, scheinen sich meist beide Pro cesse unabhängig von einander entwickelt zu haben; nur in seltener Fällen, bei sehr grossen Tuberkelhöhlen, scheinen die tuberculö erkrankten Partieen selbst necrotisch zu werden. In dem erste der folgenden Fälle war die Tuberculose gering und erst im Ent stehen.

Ein 56jähriger Makler, am 7. Februar aufgenommen, litt schon lang an Husten, reichlichem Auswurf und Kurzathmigkeit. Er war schon im Jahre 1858 einige Zeit im Krankenhause und wurde gebessert entlassen. Der Thorax war fassförmig ausgedehnt, gab überall einen sehr laute Percussionsschall, das Athmungsgeräusch war verschärft, man hörte ver schiedenartige Rasselgeräusche auf der Brust. Die Sputa waren zähe un durchscheinend und wurden beschwerlich ausgeworfen. Er hatte dabe mässige Fiebererscheinungen. Anfangs schien der ruhige Aufenthalt im Hospitale und der Gebrauch von Ipecacuanha mit Salmiak einen günstige Einfluss auszuüben, wenigstens verminderte sich der Husten und der Athem wurde freier; doch hielt das Fieber an. Am 13. Februar steigerte sic das Fieber, der Kranke bekam Durchfall und eine rothe, trockne Zunge Am 15. klagte er wieder über vermehrte Kurzathmigkeit und beschwer lichen Auswurf. Es bildete sich ein Abscess an der linken Seite de Unterkiefers, welcher beim Einschnitt einen missfarbigen Eiter entleerte die Sonde drang auf den in grösserer Ausdehnung entblössten Knochen

Der stinkende Ausfluss aus diesem, von der Mundhöhle aus geöffneten Abscesse vermischte sich mit dem aus den Respirationswegen heraus beförderten Auswurf, welcher anscheinend dadurch übelriechend ward. Das Fieber nahm zu, die Kräfte verfielen; auf der Brust entstand allmählich lautes Rasseln; am 18. Februar erfolgte der Tod. — Der Körper war sehr abgemagert, die Beine waren ödematös. — In der linken Pleurahöhle war ein geringes, trübes, flüssiges Exsudat, welches den untern Lungenlappen etwas comprimirt hatte. Beim Herausnehmen der Lunge ward eine an der äusseren Seite der unteren Lunge gelegene Höhle geöffnet, in welcher das Lungengewebe necrotisch zerfallen war. Das den necrotischen Theilen zunächst gelegene Lungengewebe war von grauweisser Farbe, mit röthlichem Secrete infiltirt, die Schnittfläche körnig; weiterhin war das Gewebe blutreich und serös infiltrirt. Mit dem necrotischen Heerde stand ein stark erweiterter Bronchialast in Verbindung. Im oberen Theil des linken unteren Lappens war noch ein im Zerfallen begriffener graugelber Heerd, welcher ebenfalls deutlich mit sackigen Bronchialerweiterungen in Verbindung stand. An der Spitze des oberen Lappens befanden sich einzelne obsolete Tuberkeln, weiter abwärts im oberen Lappen frische Tuberkelgranulationen in nicht bedeutender Anzahl; auf der Pulmonalpleura waren ebenfalls einzelne Tuberkelgranulationen. In dem zum unteren Lappen führenden Aste der Lungenarterien befand sich ein anfangs wandständiger, weiter hinauf fast völlig obturirender Thrombus, welcher an der roth imbibirten Gefässwandung ziemlich fest anhing und sich nach dem gangränösen Heerde hin weiter in die Verästelungen fortsetzte. In den Gefässen des oberen Lappens fanden sich mehrfach Pfröpfe ohne entsprechende Veränderung des Lungengewebes. Die Bronchialarterien waren nahe der Aorta durchgängig. Die rechte Lunge war im ganzen Umfange an die Rippenwand angeheftet, nach hinten serös infiltrirt, nach vorn von Luft aufgebläht, zum Theil deutlich emphysematös. An der Spitze fanden sich ebenfalls obsolete Tuberkel und frische Granulationen. Die Musculatur des Herzens war schlaff und mürbe, im linken Atrium wurden viele Fibringerinnsel, in der Pulmonal-Arterie ein unbedeutendes Blut- und Fibringerinnsel gefunden.

In dem folgenden Falle war ausgebildete Tuberculose vorhanden.

Ein 44jähriger Arbeitsmann von kräftigem Aussehen litt seit December 1858 an Husten und Engbrüstigkeit, bisweilen war der Auswurf sehr reichlich und übelriechend. Am 19. April ward er ins Krankenhaus aufgenommen. Sein allgemeines Befinden war ziemlich gut; er war heiser und hatte einen äusserst üblen Geruch aus dem Munde, der ihm selbst lästig fiel. Der Auswurf kam nach längerem Husten meist in grosser Menge aufeinmal, bisweilen nur wenig, bisweilen stark gangränösriechend und war dünnflüssig, mit Flocken gemischt, bisweilen auch bluthaltig; auf der Oberfläche des Spuckglases stand immer ein ziemlich hoher Schaum. Beide Lungenspitzen gaben gedämpften Percussionston und bronchiales Athmungsgeräusch; im späteren Verlaufe wurde der Schall rechts oben tympanitisch

und das Athmungsgeräusch amphorisch. Es gesellte sich bald Durchfa hinzu, welcher, wie der Husten, sich abwechselnd besserte und ve schlimmerte, aber nie ganz verschwand. Die Heiserkeit verschlimmer sich stetig; zuletzt gesellte sich hectisches Fieber und Oedem der Beir hinzu. Der Kranke starb am 10. Juni. -- An dem sehr abgemagerte Körper fand man beide Giesskannenknorpel durch Ulceration freigele und necrotisch; der linke war fast ganz aus seiner Verbindung gelös An der Spitze der linken Lunge schwielige Verdichtung, weiter unte Tuberkelinfiltration mit mehreren Eiterhöhlen; die übrige Lunge enthie Gruppen von Tuberkelgranulationen. Der rechte obere Lappen war fa ganz in eine unregelmässige Höhle verwandelt, deren Wandungen thei tuberculös infiltrirt, theils im necrotischen Zerfall begriffen waren. De untere Lappen war mit missfarbigem Serum stark infiltrirt und enthie Tuberkelgranulationen, theilweise auch gleichmässig mit Tuberkelmass infiltrirte Stellen.

Ein anderer Fall war bei einer 36jährigen äusserst abgemagerte Schauspielerin, welche fast sterbend ins Krankenhaus kam. Ihr Zustan war so jämmerlich, dass man nur oberflächlich das Vorhandensein vo amphorischem Athmungsgeräusch rechts in der Lungenspitze constatirt Der Athem war in sehr hohem Grade übelriechend. Nach 12 Stunde starb sie. — Die linke Luuge adhärirte wenig, enthielt im oberen Lappe mehrere genau umschriebene Gruppen von gelbgrauen Tuberkelgranul tionen, welche oben an der Lungenspitze im Centrum erweicht waren, i unteren Lappen war reichliche seröse Infiltration. Die rechte Lunge w im ganzen Umfange mit der Rippenwand verwachsen; im oberen Lappe befand sich eine grosse, unregelmässige Höhle, im unteren Lappen zal reiche kleinere, welche mit einander in Verbindung standen; diese war mit stinkender Jauche erfüllt. Die Wandungen zeigten tuberculose Inf tration. — An der Mitral- und an den Aortaklappen zeigte sich ein Kra kleiner warziger Excrescenzen. — Die Schleimhaut des Kehlkopfes w mit kleinen rundlichen Excoriationen bedeckt.

Eines vierten Falles, wo necrotische Heerde in der Lun neben Tubercnlose bestanden, habe ich schon oben bei Gelegenhe des Pneumothorax erwähnt.

Einmal zeigten sich necrotische, peripherisch gelagerte Heer in beiden Lungen bei einem Kranken, der an Epithelialkrebs d Larynx litt und in den letzten Lebenstagen einen äusserst stinke den Auswurf bekommen hatte. In diesem Falle, wie in den früh erwähnten von Necrose der Giesskannenknorpel mag das dur den Einathmungsprocess begünstigte Eindringen der jauchigen G schwürsabsonderung das Entstehen der Lungennecrose in ähnlich Weise hervorgerufen haben, wie bei fremden in die Luftwege ei gedrungenen Körpern, welche Ulceration erzeugen.

Zwei Kranke, welche Symptome von Necrose des Lungeng webes darboten, wurden hergestellt.

Der eine, ein 27jähriger Matrose, wurde am 26. Januar aufgenommen. Er war sehr abgemagert und von schmutziggelblichem Aussehen. Er hatte auf seiner Reise einzelne Symptome von Scorbut, namentlich aufgelockertes blutendes Zahnfleisch und blutige Durchfälle gehabt. Früher war er gesund gewesen und stammte auch von gesunden Eltern ab. Er litt seit Ende December an heftigem Husten, mit reichlichem, übelriechenden Auswurf. Auf der Brust hörte man an der linken vorderen Seite unter der Clavicula bronchiales Athmen, ebenso an der rechten Seite hinten und unten; der Percussionsschall war nicht gedämpft. Auf beiden Seiten hörte man viele Rasselgeräusche. Der Puls war beschleunigt, etwas schwach, die Temperatur erhöht, der Appetit gering, Durchfall war nicht mehr vorhanden. Der Husten war schmerzhaft, die Sputa waren reichlich, confluirend, flockig, missfarbig und von üblem Geruche. Beim Gebrauch eines Infus. cort. Chinae mit Salzsäure besserte sich das allgemeine Befinden ziemlich. Am 4. Februar ward die Griffithsche Mixtur gegeben. Anfangs steigerte sich das Fieber, aber schon am 10. trat Besserung, auch hinsichtlich des Hustens und Auswurfs, ein. Am 18. waren die Sputa sparsamer und hatten den üblen Geruch verloren, der Appetit hatte sich gehoben und der Kranke erholte sich zusehends. Ende Februar fing er an, zeitweilig das Bett zu verlassen und ward am 5. April geheilt entlassen. Der Befund bei der physicalischen Untersuchung der Brust zur Zeit seiner Entlassung ist leider nicht aufgezeichnet.

Ein 37jähriger Kutscher, dem Aussehen und seiner eigenen Aussage nach Branntweintrinker, wurde am 26. Juli aufgenommen. Er hatte schon längere Zeit an Husten gelitten, welcher namentlich in den Morgenstunden auftrat, war indessen wenig durch denselben belästigt. Seit vier Wochen etwa hatte derselbe sich vermehrt, es war reichlicher Auswurf hinzu gekommen, die rechte Brusthälfte schmerzte, der Schmerz ward jedesmal nach reichlicher Expectoration geringer. Er war von grossem, kräftigen Wuchse, sein Thorax breit und gut gewölbt; bei der Percussion war nirgends abnorme Dämpfung wahrzunehmen, auch nicht an der schmerzhaften Stelle in der rechten Brusthälfte. Das Respirationsgeräusch war meist vesiculär, an einzelnen Stellen war scharfes unbestimmtes Athmungsgeräusch mit verlängerter, fast bronchialer Exspiration. An der schmerzhaften Stelle des Thorax hörte man starkes Reibungsgeräusch. Die Sputa waren sehr reichlich, flüssig, grüngelblich und übelriechend. Die Verdauungsorgane waren ohne Störung, Fieber war nicht vorhanden. Es wurde ein Vesicator auf die rechte Thoraxhälfte gelegt, innerlich anfangs Salmiak, später Senega mit Extractum Myrrhae und Balsamus Peruvianus gegeben. Der Husten nahm allmählich ab, die physicalischen Symptome blieben anfangs unverändert, auch das Reibungsgeräusch blieb bis Anfang August, wo es sich verlor, obwohl der Kranke noch häufig über Schmerzen in der rechten Seite klagte. Schröpfköpfe und Vesicantien blieben lange Zeit ohne Einfluss; gegen Ende August verloren sich auch die Schmerzen, der Husten war jetzt gering, der Auswurf höchst unbedeutend. Die physicalische Untersuchung wies keine Abnormitäten nach. Am 7. September wurde er geheilt entlassen.

Neubildungen.

Krebsablagerung in den Lungen wurde bei 3 weiblichen u
1 männlichen Kranken beobachtet.

Bei einem 56jährigen Tischler, welcher an Krebs der Retroperitonäaldrüse des Magens, der Leber und des Peritonäum starb, fanden sich wachstropfe artige Ablagerungen auf der Lungen- und Costal-Pleura; ausserdem neb keilförmigen, pneumonischen Infarcten mit Fibrinpfröpfen in den Lunge arterienästen, miliare durchscheinende Granulationen, nur aus zellige Elementen bestehend, durch die Lungen zerstreut. Bestimmte Sympton von Lungenleiden waren während des Lebens nicht vorhanden gewesen.

Bei einer 76jährigen Wittwe eines Arbeitsmannes, deren Brustleide nicht genauer untersucht wurde, war der Lungenkrebs anscheinend d. primäre Leiden. Die Kranke war sehr marastisch und litt seit 10 Tage an Husten, von welchem sie früher nichts gewusst hatte. Sie gab a Schmerzen in der Herzgegend zu haben; man hörte am Herzen, dem Lau der Aorta folgend, ein lautes blasendes Geräusch. Der Husten liess bei Gebrauch von Salmiak bald nach; die Kranke ward indessen imm schwächer und zuletzt schlummersüchtig. Sie starb nach fast sech wöchentlichem Aufenthalte im Krankenhause. — An der linken, vordere Thoraxwand, am unteren Theile derselben, befand sich, von den Muske bedeckt, eine succulente Markschwammmasse, welche mit der Lunge i unmittelbarem Zusammenhange stand. Der untere Theil des linken obere Lungenlappens war gänzlich in eine Krebsgeschwulst verwandelt, welc theils weich, saftreich und bluthaltig, theils mehr trocken und verfett war. Der untere Lungenlappen war serös infiltrirt, wie auch der rech untere Lappen; beide zeigten senile Atrophie. Die Krebsgeschwulst hi mit dem Zellgewebe an der Herzbasis zusammen; die Bronchialdrüse waren vergrössert und mit Markschwamm infiltrirt. Die Krebsmasse hat das äussere Blatt des Herzbeutels ergriffen und ragte in Form platte Knoten in die Höhle des Herzbeutels hinein. Im Herzbeutel war gelbliche Serum in mässiger Menge. Ausser Verdickung und Schrumpfung de Mitralklappe fand sich noch bedeutende Stenose der Aortamündun durch Knochenablagerung in den Klappen. — In der Leber wurden einig kleine, runde, saftreiche Krebsknoten gefunden; ein kleiner Krebsknote befand sich in der rechten Niere, ein anderer, von der Grösse einer Musca nuss war in der rechten Grosshirnhemisphäre nach aussen vom hintere Horne des Seitenventrikels.

In den beiden anderen Fällen fanden sich durchscheinende und weis liche, Tuberkel ähnliche Granulationen im Lungengewebe bei Carcinon Uteri; in dem einen Falle zugleich mit grösseren keilförmigen Infiltratione deren Centrum ein röthlich weisses Ansehen hatte; in dem anderen m verbreiteter Krebswucherung auf dem Zwerchfell-Peritonäum. — In keine dieser Fälle waren Lungenerscheinungen vorhanden gewesen.

Epithelialkrebs des Larynx war bei einem 53jährigen Krankenwärter vorhanden.

Der sehr abgemagerte Kranke ward am 11. Mai aufgenommen. Er litt seit drei viertel Jahren an Husten, zu dem sich allmählich ein reichlicher, zäher, theils gelblicher, theils röthlicher Auswurf gesellt hatte. Die Stimme war heiser; er hatte das Gefühl von Anschwellung im Kehlkopf und fühlte beim Druck des Kehlkopfes zwischen diesem und dem Zungenbein einen stechenden Schmerz. Am Thorax liess sich mit Ausnahme der Erscheinungen eines nicht beträchtlichen pleuritischen Exsudates der linken Seite, welches der Anamnese nach in den letzten Tagen entstanden war, nichts Krankhaftes von Erheblichkeit nachweisen. Zehn Tage nach der Aufnahme bekam der Kranke einen heftigen Erstickungsanfall, welcher sich nach zwei Tagen wiederholte. Er blieb seitdem sehr kurzathmig und respirirte keuchend und mühsam; einen Tag später hustete er stinkende, gangränöse Massen aus und starb bald darauf. Die Epiglottis war durch Ulceration ganz zerstört; die Schleimhaut des Larynx und der Ligamenta Ary-epiglottica mit zottigen Exscrescenzen bedeckt, welche den Bau des Epithelialkrebses hatten. Die Entartung erstreckte sich bis zu den Morgagnischen Ventrikeln. In beiden unteren Lappen der Lunge zerstreute necrotische Heerde, meist peripherisch gelagert, zum Theil mit gelbgrauer Verschorfung der Lungenpleura.

Ein theilweise **verknöchertes Lipom** wurde bei einem 76jährigen Arbeitsmann an einem grösseren Bronchus des rechten unteren Lungenlappens gefunden. Der Kranke war seit 11 Jahren im Krankenhause und hatte schon vor dieser Zeit an chronischem Lungencatarrh mit Emphysem gelitten. Man fand in beiden Lungen mit eitrigem Schleim erfüllte Bronchialerweiterungen und Emphysem; an der rechten Lungenwurzel eine schwielige Verdichtung des Zellgewebes, welche sich eine Strecke weit in das Lungengewebe hinein erstreckte. An dem Winkel einer Verzweigung des zum unteren rechten Lappen gehenden Bronchus zeigte sich eine feste, etwas gelappte, von der gerötheten Bronchialschleimhaut überzogene Geschwulst von der Grösse einer Taubenbohne, welche mit ihrem grössten Theile in einen hier abgehenden kleineren Bronchialast hineinragte. Die Geschwulst ging von dem Zellgewebe des Bronchus aus und bestand theils aus dichtem Bindegewebe, theils aus macroscopisch schon deutlich erkennbarem Fettzellgewebe. Die Basis war verhältnissmässig schmal, die Peripherie etwas gelappt. In der Geschwulst waren mehrere dünne, muschelartig gebogene Knochenblättchen, welche bei microscopischer Untersuchung deutliche Knochenkörperchen erkennen liessen.

Pleuritis.

An anscheinend idiopathischer Pleuritis wurden behandelt 40 männl. und 11 weibl. Kranke, von denen 4 männl. starben und 5 männl. am Ende des Jahres in Behandlung blieben. Von diesen waren rechtsseitig 19 männl. und 6 weibl., linksseitig 21 männl.

und 4 weibl., beiderseitig 1 weibl. Die Entlassenen waren zum grössten Theil geheilt, bei Einigen waren noch Ueberreste des Exsudats vorhanden, welche die Kranken aber so wenig belästigten dass sie nicht länger bleiben wollten. Es kam nur einer mit Recidiv wieder; bei diesem fanden sich aber gleichzeitig die Zeichen der Lungentuberculose, an welcher Krankheit er auch später starb. Drei andere Fälle, welche durch nachfolgende Tuberculose tödtlich verliefen, liessen bei der Section keine ältere Tuberculose erkennen und müssen daher wohl eigentlich zu den unglücklich abgelaufenen Fällen der idiopathischen Pleuritis gerechnet werden, obwohl es zweifelhaft bleibt, ob hier die Neigung zur Tuberculose die Rückbildung des Exsudats verhindert hat, oder ob letztere in Folge des stationär gebliebenen Exsudates entstanden ist. In zwei von diesen Fällen war die tuberculose Disposition wahrscheinlich vor Eintritt der Pleuritis vorhanden; wenigstens hatten beide Kranke schon vorher längere Zeit gehustet; bei Beiden war das bedeutende Exsudat mit anfangs wenig bedeutenden Erscheinungen aufgetreten. In dem einen Falle war das flüssige Exsudat zur Zeit des Todes fast gänzlich aufgesogen, als sich die Erscheinungen der acuteren Tuberculose entwickelten. Bei beiden fand sich die Miliartuberculose nicht auf die Pleura und die Lungen beschränkt, sondern hatte auch das Peritonaeum und die Nieren ergriffen. In dem dritten Falle war die Krankheit dagegen mit den gewöhnlichen Erscheinungen einer acuten Pleuritis aufgetreten und hatte erst wenige Tage bestanden, als die Kranke ins Krankenhaus kam. Man fand nach dem Tode ein abgesacktes Exsudat mit Verschwärung der Pleura und sinuösen Fistelgängen im Zwerchfell. Hier befanden sich nur in der comprimirten, anämischen Lunge sparsame graue Tuberkelgranulationen, aber weder in der anderen, noch sonst irgendwo im Körper. Der Tod war zunächst durch eine croupöse Entzündung der Darmschleimhaut vom unteren Theile des Ileum abwärts bis zum Rectum hinab herbeigeführt.

Bei den oben erwähnten vier tödtlich verlaufenen Fällen war jedesmal die Pleura ulcerirt; in drei Fällen war das Lungengewebe ebenfalls von der Pleura her ulcerirt und necrosirt; die Anamnese machte es in zwei Fällen wahrscheinlich, dass die Pleuritis die primäre, die Lungennecrose die secundäre Krankheit gewesen war; aus dem Sectionsbefunde allein ging dies nicht deutlich hervor; während in dem dritten Falle auch der Sectionsbefund keinen Zweifel übrig liess.

Der vierte Fall ist seines ungewöhnlichen Verlaufes wegen bemerkenswerth:

Der Kranke, ein 60jähriger Schneidermeister, wurde am 13. Januar aufgenommen. Er klagte seit einigen Wochen über Schmerzen im linken Oberschenkel, ohne dass sich anfänglich hier etwas Objectives nachweisen liess. Dabei fieberte er beständig und hatte eine rothe, glatte, etwas trockene Zunge. Der Appetit fehlte, der Kranke fühlte sich selbst trotz dessen ziemlich wohl. Er klagte über kein Symptom, welches zur Untersuchung der Brust Veranlassung geben konnte und hierzu war noch weniger Aufforderung, als sich allmählich eine Geschwulst oberhalb des Ligamentum Poupartii mit allen Symptomen eines tiefliegenden Abscesses ausbildete. Am 23. war unter dem Ligamentum Poupartii in der Tiefe deutliche Fluctuation; es wurde hier ein Einschnitt gemacht und eine bedeutende Menge dünnflüssigen Eiters entleert. Die hierdurch anfänglich bewirkte Erleichterung hielt nicht lange an; das Fieber vermehrte sich und der Eiterabfluss war trotz Einspritzungen von Jodlösung mit zunehmendem üblen Geruche verbunden. Der Kranke starb am 2. Februar. — Die Abscesshöhle hatte mehrere sinuöse Ausbuchtungen zwischen den das Becken umgebenden Muskeln; der Knochen war nirgends entblösst. Der Abscess erstreckte sich nach aufwärts längs des Psoas und von hier mittels eines ziemlich engen fistulösen Canals mit schwieligen Wandungen an der hinteren Fläche und dem inneren Rande der linken Niere zwischen die Schenkel des Zwerchfelles und stand hier mit einem umschriebenen älteren Exsudate in Verbindung, welches im unteren Theil der linken Pleurahöhle nach vorn und innen gelegen war.

Ein Fall von Ulceration der Lungen- und Costalpleura endigte glücklich:

Ein Schlossergesell von 19 Jahren, der früher einmal eine rechtsseitige Pneumonie gehabt hatte, aber sonst angeblich gesund gewesen war, empfand am 26. Mai plötzlich einen heftigen Stich in der linken Brusthälfte, bekam gleich darauf starke Athemnoth, Hustenreiz und Fieber, jedoch ohne Frost. Nachdem zwei Aderlässe ohne Erleichterung gemacht waren, ward er am nächsten Tage nach dem Krankenhause gebracht. Er athmete häufig und angestrengt, hustete nicht häufig und dann nur in schwachen Anstössen, wobei er eine geringe Menge pneumonischer Sputa auswarf. Die Haut war heiss, der Puls frequent. An der schmerzhaften Stelle der linken Brusthälfte war keine Dämpfung des Percussionstons vorhanden, das Athmungsgeräusch war laut und verschärft, aber nicht bronchial. (12 Schröpfköpfe, Kataplasmen, Digitalis, Abends Morphium.) Am 28. war noch keine Erleichterung eingetreten; die ganze linke Seite gab einen etwas gedämpften Percussionston; nach oben hörte man etwas bronchiales Athmen, auf der Lunge sonst verschärftes Respirationsgeräusch mit trocknen Rasselgeräuschen. Das Athmen war stets sehr angestrengt und beschleunigt, der Puls ziemlich kräftig, auch sehr frequent. (Ipecacuanh. mit Opium; Emeticum. Vesicans.) Am 29. war Erleichterung eingetreten. Der Puls machte 100 Schläge, die Respiration war 28, die Dämpfung der linken

Seite nahm zu, das Respirationsgeräusch verschwand. Am 30. war der Puls auf 76, die Respiration auf 24 herabgesunken; die Dämpfung hatte zugenommen. Im Harn zeigte sich etwas Albumen. (Aussetzung der Digitalis.) Am 31. Steigerung der Puls- und Respirationsfrequenz, auch am 1. Juni fortdauerndes stärkeres Fieber mit nächtlichen Delirien; keine Veränderung in den physicalischen Erscheinungen. In den nächsten Tagen Abnahme des Fiebers und der Beschwerden, der Albumengehalt des Harns verschwand, das specifische Gewicht kam wieder mehr auf die Norm zurück, die Chloride vermehrten sich wieder bei gesteigertem Appetite. Am 8. und in den folgenden Tagen stieg die Pulsfrequenz wieder bei ruhiger Respiration; der Kranke magerte ab und bekam ein anämisches Aussehen, die Hautdecken der linken Hälfte des Rumpfes wurden etwas ödematös, dabei war etwas Durchfall vorhanden (Digitalis mit Kali Aceticum). Am 20. hatte der Kranke wieder mehr Schmerz; das Exsudat links zeigte sich wieder vermehrt, aber auch an der rechten Seite zeigte sich Dämpfung des Percussionstons und Reibungsgeräusch. Der Husten war vermehrt, der Kranke hatte ein elendes Aussehen, bei ziemlich gutem Appetit. Am 29. warf er viel citrig aussehende, confluirende Sputa aus, nachdem er in der Nacht heftig gehustet hatte; am 30. war der Auswurf geringer. Am 2. Juli bemerkte man eine Auftreibung in der Gegend der Knorpelverbindung der dritten linken Rippe, welche dem Kranken Schmerzen verursachte. Sowohl der Eiterauswurf, als die entzündlichen Erscheinungen am linken dritten Rippenknorpel dauerten mit wechselnder Intensität fort; an der rechten Lungenspitze bemerkte man etwas Dämpfung des Percussionstones und bronchiales Athmen. Links bemerkte man an den oberen Partieen des gedämpft klingenden Abschnitts, sowohl vorn als hinten, einen leicht tympanitischen Beiklang beim Percussionston; Athmungsgeräusch war nicht hörbar, man hörte nur einzelne undeutliche Rasselgeräusche. Der Kranke fühlte sich indessen trotz seines elenden Aussehens wohl. In der Mitte des Monats Juli fing die linke Thoraxhälfte an, einzusinken, der obere Theil gab bei der Percussion allmählich einen mässig vollen Ton. Die Stelle an der vorderen Brustwand, wo der Durchbruch des Empyems sich vorzubereiten schien, war abwechselnd mehr und weniger geschwollen; der Auswurf von confluirenden, eitrigen Sputis trat mehr periodisch mit heftigeren Hustenanfällen ein. Die Ernährung des Kranken war schlecht, aber er blieb wenigstens auf demselben Puncte, ohne weiter abzumagern. So verliefen zwei Monate; am 13. September bemerkte man an der schmerzhaften Stelle der linken vorderen Brustwand ein Gefühl wie von Emphysem, aber nur in geringer Ausdehnung. Die Mitte der geschwollenen Stelle war weich, etwas gehoben, der ringförmige Rand war härtlich. Die Anschwellung der weichen Stelle nahm immer zu, der Aufbruch schien nahe bevorzustehen. Indessen sank die Anschwellung wider Erwarten wieder zusammen, so dass etwa nach Ablauf einer Woche die rundliche Stelle, wo der Intercostalraum perforirt schien, kaum mehr aufzufinden war und Anfangs October die Rippen hier nahe aneinander lagen. Der Eiterungsauswurf hatte eine Zeit lang abgenommen; jetzt trat er wieder auf und war sehr übelriechend geworden. Beim Gebrauch der Griffithschen Mixtur verlor sich bald der üble Geruch, auch verminderte sich die Quantität des

Auswurfs. — Der Kranke fing nun an, sich zu erholen. Die eingesunkene Brustwand hob sich allmählich wieder und am 8. November wurde er gesund entlassen. — Als er im Jahre 1860 einmal wegen Scabies ins Hospital kam, war von einer Einsinkung der linken Thoraxhälfte nichts mehr zu bemerken.

Aehnlich, wie in dem oben bei der Pneumonie erwähnten Falle wurde auch bei der Pleuritis Heilung in einem scheinbar ganz verlorenem Falle beobachtet, ohne dass die Behandlung einen directen Einfluss gehabt hätte.

Ein 38jähriger Kutscher, von kräftigem Körperbau, aber anscheinend Trinker, ward am 17. Januar aufgenommen. Er war damals 14 Tage bettlägerig und hatte an Husten, Schmerz in der rechten Brusthälfte und Engbrüstigkeit gelitten. Die ganze rechte Thoraxhälfte gab einen völlig leeren Percussionsschall, mit Ausnahme der hinteren oberen Partie: hier hörte man scharfes Athmungsgeräusch, sonst auf der ganzen Brusthälfte nichts. Die Dyspnöe war gross, das Gesicht etwas livide gefärbt, die Haut war heiss nnd schwitzend, der Puls machte 88 Schläge (Vesicans. Inf. Digital. mit Salmiak). In der Nacht ward der Kranke so unruhig, dass er befestigt werden musste, delirirte auch am nächsten Morgen ganz in der Art eines an Delirium tremens leidenden Kranken. Er war ganz cyanotisch, athmete kurz und oberflächlich, fühlte sich aber nicht im Geringsten krank; der Puls war sehr schwach geworden und machte 96 Schläge; die Urinsecretion war spärlich. Er erhielt ein Analepticum von Spir. muriatico-aethereus, da der Tod bald bevorzustehen schien. In der Nacht vom 19. auf den 20. verfiel er in Schlaf und erwachte mit zwar noch umnebeltem Bewusstsein, antwortete jedoch schon ziemlich vernünftig. Der Puls hatte sich gehoben, das Gesicht war nicht mehr so stark cyanotisch gefärbt. Er war die folgende Nacht auch ruhig, hatte auch bei Tage viel im Schlummer gelegen und erholte sich sichtlich. Am 23. war schon Abnahme des Exsudats zu constatiren; die Urinentleerung war ziemlich reichlich geworden und die Besserung schritt in der Art fort, dass der Kranke am 23. Februar zu seinem Geschäft zurückkehren konnte.

Einmal trat die Pleuritis in der Nacht mit so heftigen Symptomen ein und verlief so rasch tödtlich, dass eine Perforation von der Lunge her vermuthet wurde, welche indessen die Section nicht nachwies.

Die Kranke war eine 58jährige Näherin, welche schon seit mehreren Jahren an von Zeit zu Zeit heftiger werdenden Husten litt. Die Claviculargruben waren eingesunken, aber weder deutlich ausgeprägte Dämpfung des Percussionstons, noch bronchiales Athmen vorhanden, und trotz des elenden Aussehens liess sich die Lungentuberculose nicht objectiv nachweisen. In der Nacht vom 1. auf den 2. Februar bekam sie plötzlich einen heftigen Stich in der linken Brusthälfte und bedeutende Athemnoth. Die physicalische Untersuchung ergab am andern Morgen die Erscheinungen eines

linksseitigen ziemlich ausgedehnten pleuritischen Exsudats; die Dyspn wurde durch Flor. Benzoës und ein Vesicans nicht gehoben und die Krank starb am 4. Februar Morgens. Die Section wies keinen Pneumothora nach, aber ein reichliches trübes, eiterähnliches Exsudat mit starken, gelbe weichen Gerinnseln. Ausser einer geringen Schrumpfung der Lunge spitzen mit einzelnen verkreideten Massen fand sich keine Tuberculos Dagegen im linken unteren Lappen sackige Bronchialerweiterungen un eine ganz peripherisch gelagerte eitrig infiltrirte Stelle des Parenchym ohne Höhlenbildung oder Ulceration. Die Unterleibsorgane waren sch von seniler Atrophie ergriffen, besonders aber die Nieren.

Zweimal kam beiderseitige Pleuritis mit Nierenerkrankung zu gleich vor; einmal bei vergrösserten, fettig entarteten Nieren, al Schlusserscheinung der schon länger bestandenen Krankheit; da anderemal ebenfalls auf beiden Seiten, aber in geringem Grade b chronischer Albuminurie und anderen urämischen Symptomen. I dem letzteren Falle wurden die pleuritischen Erscheinungen bese tigt; die Kranke verliess im Uebrigen das Krankenhaus ungeheil

Circumscripte Pleuritis fand sich ausser den eben beschriebene Fällen noch bei einem 47jährigen Schuster, der lange an chron schem Catarrh gelitten hatte und gleichzeitig an einer nicht starke Insufficienz der Mitralklappe litt. — Ferner bei einem 52jährige Canal-Arbeiter neben Melanämie. — Bei einer 24jährigen Amm hatte sich circumscripte Pleuritis zu einer länger bestehenden un schriebenen Peritonitis gesellt und Ulceration der Costalwand he beigeführt. Die Kranke erlag den beiden Affectionen.

Die Behandlung der Pleuritis war, wie im vorigen Jahre ein sehr einfache. Oertliche Blutentziehungen und Kataplasmen wurden b grosser Schmerzhaftigkeit angewendet, in frischeren, intensivere Fällen wurde Digitalis gegeben; zur möglichsten Beförderung de Resorption dienten Vesicantien und Diuretica, ausserdem wurd symptomatisch verfahren. Die neuerdings in Frankreich wiede gerühmte Punction der Pleurahöhle, welche nicht nur in acuten sondern vorzugsweise auch in den chronischen Fällen mit abge sacktem Exsudate und auch bei Complication mit länger bestehen der Tuberculose grossen Nutzen schaffen soll, ist in Deutschlan im Allgemeinen noch so schlecht angeschrieben, dass ich mic nicht veranlasst fühlte, sie anzuwenden. Es ist jedoch wohl zu er wägen, ob in den sicher zu diagnosticirenden Fällen von abgesack ten, chronischen pleuritischen Exsudaten, welche kaum einen an deren, als tödtlichen Ausgang haben, wenn Ulceration der Wan dung eingetreten ist, die Punction nicht zweckmässig anzuwende

wäre, da die allerdings zu befürchtende noch raschere Zersetzung des Exsudates durch geeignete Injectionen ausgeglichen werden kann. — Der eben erwähnte Fall, wo gleich beim Beginn der Erkrankung ausserhalb des Krankenhauses zwei Aderlässe gemacht waren, spricht gegen die Wirksamkeit dieses Mittels, da der Verlauf gerade hier ein sehr schleppender war und die Kräfte des Kranken sehr herunterkamen. Jedoch darf hier so wenig wie bei anderen Krankheiten die Thätigkeit des Arztes durch irgend eine doctrinäre Bestimmung schon von vornherein gefesselt sein.

Krankheiten der Circulationsorgane.

Pericarditis.

Von idiopathischer Pericarditis wurde kein Fall beobachtet.

Ausser den bei Rheumatismus acutus schon erwähnten Fällen kam Pericarditis vor: bei 3 männl. Kranken mit älteren Klappenfehlern, 1 mal mit Insufficienz der Mitralklappe bei einem 70jährigen Bewohner der Siechenstation, 1 mal mit Insufficienz der Mitralklappe und Stenose der Aortaklappen bei einem 58jährigen Schuster, 1 mal mit Insufficienz der Mitral- und Aortalklappen bei einem 45jährigen Arbeitsmann, jedesmal mit tödtlichem Ausgange; 1 mal bei einer 45jährigen Näherin bei Pleuritis der linken Seite, 1 mal bei einem 21jährigen Tischlergesellen mit Pneumonie der linken und Pleuritis der rechten Seite, beidemale mit glücklichem Ausgange; 1 mal bei einem 62jährigen Knecht mit Tuberculose der Lunge und des Darmcanals; 1 mal bei einer 54jährigen Frau mit Carcinoma Uteri und durch diese bedingte Hydronephrose.

Aeltere Verwachsung des Herzens mit dem Herzbeutel wurde bei 7 männl. und 1 weibl. Kranken bei der Section gefunden, ohne dass sie im Leben erkannt war. Einmal fanden sich starke Kalkablagerungen zwischen den Blättern des Herzbeutels; einmal war zugleich etwas frische Pericarditis vorhanden, der Kranke hatte zugleich an linksseitiger Pleuritis gelitten, in deren Verlauf sich Reibungsgeräusch am Herzen gezeigt hatte.

Endocarditis.

Bei Gelegenheit des acuten Gelenkrheumatismus ist der Complicationen mit acuten Klappenerkrankungen gedacht worden. Unter den dort aufgeführten tödtlichen Fällen ist einer, welcher offenbar weniger mit dem Gelenkrheumatismus, als mit den Residuen einer

in einem früheren Rheumatismus entstandenen Endocarditis in directem Zusammenhang stand.

Der Kranke, ein 22jähriger Korbmachergesell, war vom 9. bis 25. August wegen acuten Gelenkrheumatismus mit acuter Herzaffection im Krankenhause gewesen. Bald nach seiner Entlassung fühlte er sich unwohl, es stellten sich auch wieder Schmerzen in den verschiedenen Gelenken ein, er bekam Herzklopfen und Engbrüstigkeit, endlich Durchfall und Schmerz in der linken Brusthälfte. Er war bei seiner Wiederaufnahme am 18. September sehr anämisch, fieberte lebhaft, war etwas ödematös geschwollen und hatte einen eiweisshaltigen Urin, in welchem sich keine Exsudatcylinder, aber Eiterkörperchen und verfettete Epithelien zeigten; er war sehr dyspnoisch. Es zeigte sich am Herzen ein lautes systolisches Geräusch, welches sich längs der Aorta hören liess, der zweite Ton an der Pulmonalarterie war klappend; links hinten waren die physicalischen Erscheinungen einer nicht bedeutenden Pleuritis zugegen. Die Gelenke waren theilweise schmerzhaft, nicht angeschwollen. Die Erscheinungen der Pleuritis verloren sich in den nächsten Tagen, das Fieber blieb heftig, das Geräusch am Herzen blieb unverändert. — Der Kranke, welcher diesmal von Anfang an mürrisch und einsilbig gewesen war, fing am 27. Abends an sehr unruhig zu werden, delirirte lebhaft mit der beständigen Idee, verfolgt und gemisshandelt zu werden. Darauf folgte Sopor, Collapsus und bald der Tod. — Bei der 36 Stunden nach dem Tode vorgenommenen Section war leider schon so bedeutende Fäulniss eingetreten, dass man nur an der Mitralklappe eine Anschwellung und feste Auflagerung frischer, ziemlich consistenter Fibringerinnsel constatiren konnte.

Endocarditis der rechten Herzhälfte wurde zweimal beobachtet. Der eine Fall, bei einem 29jährigen Maurergesellen, in welchem abgerissene Klappenfragmente in die Lungenarterienäste eingekeilt wurden, ist in Virchow's Archiv, Bd. XVI. beschrieben.

Der andere Fall betraf eine 52jährige Tagelöhnerin, welche an verschiedenen Körperstellen Abscesse hatte, von denen einer, zwischen den tiefen Halsmuskeln der rechten Seite gelegen, mit der Vena jugularis interna communicirte. Von hier aus hatte sich ein theilweise zerfallener Thrombus gebildet, welcher sich bis in das Foramen jugulare der Schädelbasis hinauf erstreckte; unterhalb fanden sich nur gelbe, durchscheinende nicht obturirende Gerinnsel; so auch in der Vena cava superior und dem rechten Atrium. An den Zipfeln der Tricuspidalklappe waren feste, warzenförmige Excrescenzen, an dem einen Zipfel waren entfärbte, feste, adhärirende Gerinnsel in bedeutender Menge. Die Klappe erschien im Ganzen angeschwollen. An den Pulmonalklappen war keine Spur von Endocarditis, dagegen war die dem Atrium zugekehrte Fläche der Mitralklappe getrübt, aufgelockert, mit anklebenden Fibringerinnseln. — Nirgends wurden embolische Heerde gefunden, auch hatte sich die Endocarditis durch kein subjectives Symptom während des Lebens verrathen.

Chronische Klappenfehler.

Die so gewöhnliche Combination der verschiedenen Functionsstörungen der Herzklappen macht eine isolirte Betrachtung derselselben bekanntlich sehr schwer; es ist daher kaum nöthig, zu bemerken, dass bei der Eintheilung, welche ich hier gebe, nur die vorherrschende Functionsstörung berücksichtigt ist.

Stenose der Mitralklappe wurde bei der Section von 4 männl. und 1 weibl. Kranken gefunden.

Bei dem einen dieser Fälle entstanden plötzlich die Erscheinungen der Thrombose der linken Arteria brachialis, ohne dass diese bei der Section gefunden wurde.

Der Kranke war ein 25jähriger Klempnergell, welcher, nachdem er schon im Anfang des Jahres 1858 einige Zeit im Krankenhause gewesen war, am 11. October 1858 wieder aufgenommen wurde. Er war hydropisch geschwollen und von cyanotischer Gesichtsfarbe; die rechte Herzhälfte war stark erweitert und hypertrophisch, man hörte ein starkes systolisches Geräusch an der Mitralklappe und längs der aufsteigenden Aorta, der Herzschlag war erschütternd, unregelmässig. Er hatte sich beim ruhigen Verhalten im Krankenhause und leichten diuretischen Mitteln bald etwas gebessert und sich leidlich befunden. Am 23. Januar Morgens bekam er plötzlich einen etwa halbstündigen Schüttelfrost mit starkem Schmerze im linken Arme. Die Radialarterie pulsirte nicht, sondern liess nur bisweilen schwache Undulationen wahrnehmen; ähnlich verhielt sich die Arteria brachialis. Die Subclavia pulsirte schwach, wie auch die anderen Arterien. Die Extremitäten waren überhaupt kühl, der linke Arm nicht besonders kühler. Am Abend und am andern Morgen wiederholte sich das Frostgefühl, aber nur schwach. Der Puls an der linken Radialarterie erschien etwas wieder, dagegen fehlte er für kurze Zeit auf der rechten Seite; die stürmischen und unregelmässigen Herzcontractionen, oft mehr Undulationen gleichend, erschienen beim Auscultiren viel häufiger, als die unregelmässigen Pulsschläge. Von jetzt blieb dieser Zustand im Wesentlichen derselbe; bald war rechts, bald links der Radialpuls stärker und häufiger, stets aber schwach; die Herzcontractionen erfolgten häufig, ohne Pulsschlag an den Radialarterien zu erzeugen. Im Uebrigen hatte der Kranke sich verhältnissmässig wieder erholt. Andere Symptome am Arm waren nicht eingetreten. Am 3. Februar klagte er über mehr Beängstigung, schwoll mehr hydropisch an und starb am Morgen des 5. Februar.

Bei der Section fand man eine bedeutende Verengerung der knorplig verdickten Mitralklappe, welche nur eine schmale Spalte bildete, der linke Ventrikel war etwas erweitert, wenig hypertrophisch; das rechte Herz war enorm ausgedehnt, der rechte Ventrikel stark hypertrophisch; das linke Atrium war ebenfalls erweitert. Weder an der Aorta, noch den grossen Gefässen, auch nicht an der Brachialis und Radialis eine Obturation oder ein Hinderniss für den Kreislauf.

Bei einem 25jährigen Seiltänzer, welcher stark hydropisch geschwollen mit erysipelatöser Entzündung der Beine in Folge von Einschnitten in Krankenhaus kam und die Zeichen der bedeutenden Herzerweiterung nebs einem starken verbreiteten systolischen Geräusch darbot, bemerkte mai eine feste, eigenthümlich resistente Anschwellung der oberen Partieen de geraden Bauchmuskeln. Ausser einer spaltförmigen Verengerung de knorplig verdickten Mitralklappe und bedeutender Hypertrophie des rechtei Ventrikels mit Erweiterung der rechten Herzhälfte und des linken Atrium fand man die Musculi recti Abdominis bis zur ersten Inscription von blasser. durchscheinender Farbe, sehr verdichtet und auf der Schnittfläche trocken ohne sonstige Veränderung. — Eine ähnliche Verhärtung war auch in den vorigen Falle eine Zeit lang bemerkbar, verschwand aber später wieder.

Ausser den obigen Fällen von Stenose der Mitralklappe wai bei einer weiblichen Kranken von 55 Jahren diese Klappenaffectior mit Stenose der Aortaklappe complicirt; die Erscheinungen währenc des Lebens liessen dagegen auf Insufficienz der Aortaklappen schliessen.

Die Kranke, eine Schusters Wittwe, etwas geistesschwach, hatt Anfangs December einen apoplectischen Anfall mit rechtsseitiger Hemi plegie erlitten. Seit drei Jahren litt sie an Herzklopfen. Sie ward an 24. Juni aufgenommen. Der Herzschlag war stark hebend, in mehrerei Intercostalräumen fühlbar; der Puls voll und etwas schnellend; der erst Ton an der Herzspitze war nicht ganz rein, etwas klappend, der zweit Ton war hier durch ein leichtes blasendes Geräusch ersetzt; weiter hinauf nach der Aorta hin, hörte man ein starkes diastolisches, blasendes Geräusch welches auf dem Sternum stärker war, als oben am rechten Sternalrande Im Jugulum fühlte man das Anschlagen einer grossen Arterie. An de Carotis hörte man einen undeutlichen ersten Ton und statt des zweitei ein Geräusch; an den Radialarterien kein Ton. Die Herzdämpfung begann an der dritten Rippe und reichte bis abwärts unter die Mammillarlinie Die Töne der Pulmonalarterien waren klappend. — Die Kranke bekan anfallsweise Dyspnöe und Herzklopfen, bisweilen waren die Herzcontrac tionen unregelmässig. Die Geistesschwäche nahm zu und es bildete sicl vollständige Amentia senilis mit nächtlicher Unruhe aus. Am 30. Augus ward die in der letzten Zeit sehr heitere und geschwätzige Frau plötzlicl von grosser Dyspnöe und Angst befallen, ward aber bald ruhiger unc verfiel in Todeskampf. — Bei der Section fand man, abgesehen von dei Veränderungen im Gehirn, in den Lungen hämorrhagische Infarcte mi Blutpfröpfen in den betreffenden Lungenarterienästen; das Ostium dei Mitralklappe war durch Verwachsung der Ränder stark verengt, die Ventrikelwand dick, die Aortamündung durch starke Kalkablagerungen an den Klappen und durch theilweise Verwachsung der an einander liegender Flächen zweier derselben stark verengt. Das rechte Atrium sehr erweitert. Die Nieren waren atrophisch, vorzüglich die linke; auf der Oberfläche jedei derselben eine tiefe Einziehung mit schwieliger Verdichtung des unterliegenden Gewebes.

Diagnosticirt wurde noch Stenose der Mitralklappe bei einem 22jährigen Dienstmädchen, welches wegen acuten gastrischen Catarrhs einige Wochen im Krankenhause war.

Insufficienz der Mitralklappe wurde bei den Sectionen gefunden bei 5 männl. und 4 weibl. Kranken, abgesehen von unbedeutenderen Verdickungen der Klappe, welche als zufälliger Befund so häufig sind. Dreimal war gleichzeitig Nierenerkrankung vorhanden. Bei zwei Männern und einer Frau war ausserdem noch Insufficienz der Mitralklappe mit Stenose der Aortaklappen complicirt, bei einem Manne mit Insufficienz der Aortaklappen und Pericarditis.

Die Insufficienz der Mitralklappe wurde ausserdem *diagnosticirt* bei 5 männl. und 4 weibl. nicht verstorbenen Kranken.

Stenose der Aortaklappen wurde bei 2 männl. und ınd 3 weibl. Kranken gefunden; ausserdem noch diagnosticirt bei 7 männl. und 2 weibl.

Insufficienz der Aortaklappen wurde bei 3 Männern bei len Sectionen gefunden. Bemerkenswerth ist der folgende Fall:

Ein 38jähriger Arbeitsmann, am 1. December 1858 aufgenommen, war 4 Tage vor der Aufnahme mit Husten und stechendem Schmerz in der inken Brusthälfte erkrankt. Er wurde bald sehr kurzathmig und konnte icht seitlich im Bette liegen. Bei der Aufnahme sah er im Gesicht cyaotisch aus, war sehr beengt und hatte einen frequenten, kleinen aber espannten Puls. Die Herzdämpfung war namentlich auch in der Breite eträchtlich vergrössert, der erste Ton durch ein lautes blasendes Geräusch, velches bis zum zweiten fortdauerte und diesen Ton undeutlich erscheinen ess, völlig verdeckt. Er erholte sich in der Ruhe bald, ohne Veränderung er physicalischen Erscheinungen am Herzen; Ende December ward er on Variolois befallen, überstand aber diese Krankheit und ein nachfolendes Erysipel des Gesichts ziemlich gut. In der Mitte des Monats ebruar ward er unwohler und bekam Oedem der Füsse, bald auch twas Ascites und Icterus. Der Puls blieb stets klein, aber gespannt, das eräusch am Herzen wie anfangs. Am 6. März starb er. — Bei der Secon fand man das Herz im Breitendurchmesser stark vergrössert, weit in ie linke Brusthälfte hineinragend; der stark ausgedehnte, rechte Ventrikel ar nach unten gelagert; der linke stark ausgedehnt, mit verdickten Wanungen. Die Mitralklappe war unversehrt, die Aortaklappen an ihrem eien Rande knorplig verdickt, an der links gelagerten zeigte sich eine osse Oeffnung mit knorplig verdickten Rändern, von der nach rechts elegenen hing eine ziemlich lange Excrescenz von fester Beschaffenheit rab. Die Aorta war dicht oberhalb der Klappen stark verdickt.

In dem zweiten Falle, bei einem 15jährigen Knaben, war die Insufficenz zwar vermuthlich älteren Ursprungs, da der Knabe schon über ein

halbes Jahr an Herzklopfen und Beengung der Brust litt, auch schon hydropisch war, als er aufgenommen wurde. Als er aber nach vier wöchentlichem Aufenthalte starb, fanden sich ausser Spuren älterer Erkrankung in bedeutendem Maasse die Erscheinungen frischer Endocarditis welche die Aortaklappen fast gänzlich zertrümmert hatte; ausserdem war ein nicht umfängliches, nach dem rechten Ventrikel hin vorgewölbtes Aneurysma des Septum Ventriculorum dicht unterhalb der Semilunarklappen vorhanden. Der Kranke hatte die gewöhnlichen Erscheinungen der Insufficienz in ausgesprochener Weise dargeboten.

Diagnosticirt wurde die Insufficienz der Aortaklappen bei 3 Männern, von denen der eine, ein 25jähriger Cigarren-Arbeiter, die häufig beschriebene Complication mit Struma und Vortreten der Augäpfel hatte.

Hypertrophie und Dilatation.

Ausser den Fällen, wo Vergrösserung des Herzens in Verbindung mit Klappenfehlern gefunden wurde, wurde im Jahr 1859 im Krankenhause die Hypertrophie des linken Ventrikels bei 5 männl. und 3 weibl. Leichen beobachtet. In allen Fällen mit Ausnahme eines einzigen, war Atrophie der Nieren vorhanden. In diesem abweichenden Falle waren die Nieren gross, aber dunkel und sehr fest; der Urin war eiweisshaltig und es war Hydrops zugegen. Hinsichtlich der Theorie, welche Traube in Bezug auf die Entstehung der Hypertrophie des linken Ventrikels in Folge Atrophie der Nieren aufgestellt hat, enthalte ich mich jedes Urtheils, hebe dagegen die Thatsache hervor. In fünf der erwähnten Fälle waren während des Lebens die Erscheinungen des chronischen Morbus Brightii vorhanden gewesen; bei einem der übrigen war der Kranke schon am zweiten Tage nach der Aufnahme der Hirnhämorrhagie erlegen, welche seine Aufnahme veranlasst hatte; in dem anderen Falle war Oedem der Beine und der Bauchdecke und blutiger Urin vorhanden, letzterer war Folge einer ausserhalb des Krankenhauses vorgenommenen Application des Catheters, ausserdem liess der Kranke den Urin unwillkürlich abfliessen.

Ausserdem wurde Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels noch bei 2 männl. und 2 weibl. Kranken beobachtet. In drei Fällen war zugleich Hydrops vorhanden, aber nur in einem Falle Albuminurie. Indessen waren die Fälle in Bezug auf den erwähnten Zusammenhang mit Nierenerkrankung nicht gehörig untersucht.

Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels und des rechten Atrium wurde häufig in Folge von Lungenkrankheiten oder

von andauernden Störungen der Circulation in den Lungen durch Affection anderer Organe beobachtet. Bei einer 34jährigen Näherin, welche in Folge früherer Pleuritis eine Einbiegung der rechten Thoraxhälfte hatte, war das Herz zugleich stark nach rechts gelagert, die Lunge war sehr fest mit der Rippenwand verwachsen und ausserdem fast ganz in eine grosse tuberculöse Caverne verwandelt.

Aneurysmen.

Aneurysma des linken Ventrikels wurde ausser dem schon oben bei der Insufficienz der Aortaklappen erwähnten kleinen Aneurysma des Septum, noch bei der Section einer 55jährigen Wittwe eines Rademachers gefunden.

Sie war am 8. September aufgenommen und datirte ihre Krankheit 'on Ostern her, wo sie von einem starken Brechdurchfall befallen wurde. Seit der Zeit hatte sie Kurzathmigkeit und Husten, war aber abwechselnd vohler und kränker gewesen. Seit etwa vier Wochen hatte sie Anasarca. Sie war ziemlich stark ödematös geschwollen, von bleichem, cachectischen Aussehen, hatte kleine Ecchymosen auf der Haut und war sehr kurzathmig. Die Herztöne waren schwach zu hören, der erste von Blasen begleitet; .er Puls war klein, regelmässig; die Digestion ziemlich gut. Der Urin nthielt viel Eiweiss und wurde spärlich gelassen. Sie hatte abwechselnd tarke Anfälle von Dyspnöe und verfiel am 13. September in Sopor, der is zum bald erfolgenden Tode anhielt. — Bei der Section wurde im Herzbeutel viel Wasser gefunden; das Herz war stark vergrössert, zum rossen Theil in der linken Brusthälfte gelagert und nahe an der Spitze m linken Rande mit dem Herzbeutel verwachsen; das die Adhäsion beingende Zellgewebe war hyperämisch, die Herzwand erschien hier etwas orgewölbt und besonders weich und nachgiebig. Der rechte Ventrikel atte ziemlich normale Dimensionen; der linke war in seinem oberen Theile ıässig verdickt, an der äussern Seite der Höhle, dicht unter dem Zipfel er Mitralklappe fand man eine etwa Thalergrosse innen tellerförmig eindrückte Stelle, wo die Musculatur atrophirt, das Endocardium stark verickt war. Eine ähnliche Stelle fand sich an der Spitze des linken Venikels, der früher gefühlten weichen Stelle entsprechend. Beide Stellen aren mit mehreren Schichten entfärbten, geronnenen Faserstoffes bedeckt, er welchen Blutgerinnsel lagen. An der Mitralklappe, sowie an den odulis der Aortaklappen war eine leichte Verdickung zu bemerken. In n Lungen war Oedem und alter Catarrh; die Leber, Milz und Nieren hr blutreich, fest und etwas vergrössert.

Aneurysmen der Aorta kamen dreimal zur Beobachtung; e Krankheit wurde jedoch nur einmal während des Lebens ernnt. Dieses war der schon im vorigen Bericht erwähnte Fall; e Geschwulst hatte einen Theil der rechten Clavicula und der

ersten Rippe zerstört und veranlasste ausserhalb des Krankenhause den Tod durch Blutung nach aussen. Die übrigen Fälle ware folgende:

Eine 42jährige Tagelöhnerin ward am 19. Juli aufgenommen. Sie lit seit sechs Jahren an Husten mit beschwerlichem Auswurf, war dabei auc etwas engbrüstig gewesen; seit Weihnacht hatte die Engbrüstigkeit seh zugenommen, sie war seitdem auch abgemagert. Sie war sehr engbrüsti und konnte nur mit sehr erhöhtem Thorax im Bette liegen, hustete vie und angestrengt, expectorirte aber wenig. Gleichzeitig klagte sie übe Schmerzen an der rechten Seite der Brust und des Halses, sowie ir rechten Arm. Der Thorax war fassförmig, der sonore Percussionsscha reichte rechts bis über die achte Rippe hinaus, die Lunge überlagert theilweise das Herz, welches nach abwärts gedrängt erschien, der Anschla war im siebenten Intercostalraum zu fühlen. Die Herztöne waren rein das Athmungsgeräusch war schwach, die Exspiration etwas verlänger dabei viel Rasselgeräusche. Eigentlichen Blutauswurf hatte sie nie gehab dagegen bisweilen blutige Streifen im Auswurf. Sie erholte sich anfang etwas und hustete weniger; am 25. nahm der Husten wieder zu und an 30. bekam sie einen heftigen Anfall von Beengung, bald darauf Bewuss losigkeit und nach kurzer Zeit erfolgte unter leisem Röcheln der Tod. — Bei der Section fand man die Schleimhaut auf den Giesskannenknorpel schlaff, aber ödematös infiltrirt, in beiden Pleurasäcken etwas wässerig Flüssigkeit; die Lungen waren an den Spitzen angeheftet, hier verdicht und schiefergrau gefärbt, nach vorn emphysematös aufgebläht, nach hinte stark serös infiltrirt. Die Bronchialschleimhaut war geröthet. Die Aort adscendens und der Arcus waren sackförmig erweitert, der Sack war m der vorderen Brustwand und einem Theil des Sternum verwachsen un überragte etwas die Incisura Sterni. In demselben befanden sich älter Fibrinschichten. Er war mit der Luftröhre durch lockeres Zellgewet verbunden. Die Arteria anonyma entsprang an der hinteren Wand de Sackes, die Carotis sinistra erschien am Ursprunge etwas verengt, am U sprunge der linken Subclavia nahm die Aorta ihr gewöhnliches Calibe wieder an. Die Nervi recurrentes erschienen nicht comprimirt, das Her hatte normale Dimensionen, die Klappen zeigten keine Veränderung.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass bei aufmerksame Untersuchung das Aneurysma während des Lebens hätte entdeck werden können; doch wäre ein einigermassen bedeutendes Afterge räusch der Beobachtung gewiss nicht entgangen.

Der letzte Fall betraf eine 62jährige marastische Arbeiterin, welc schon lange an Husten und etwas Engbrüstigkeit litt und seit etwa eine halben Jahre hydropisch geworden war. Seit 14 Tagen waren die Bei aufgebrochen und liessen viel Wasser ausfliessen, es war jedoch Erysipel hinzugetreten, durch welches die Kranke viel Schmerzen hatte. Das G sicht war bläulich gefärbt, das Athmen sehr angestrengt. Die Lunge schienen sehr aufgebläht zu sein und theilweise das Herz zu überrage

das Athmungsgeräusch war sehr verschärft, an der hinteren Thoraxfläche mit Rasseln vermischt. Der Herzschlag war kräftig, im sechsten Intercostalraum fühlbar, das Herz schien der Percussion nach mehr vertical gestellt zu sein. Die Herztöne waren rein, der zweite Ton an der Aorta war klappend, der Puls war klein, aber nicht beschleunigt, dabei regelmässig. Der Urin enthielt viel Albumen und harnsaure Salze, die microscopische Untersuchung wies Exsudatcylinder nach. Die Kranke litt sehr durch das Erysipelas an den Beinen, was sich noch mehr verbreitete, und theilweise Gangrän der Haut zur Folge hatte. Mit Zunahme des Erysipelas stellte sich Fieber ein. Der Herzschlag ward später unregelmässig. Endlich stellten sich Symptome von Pneumonie im rechten unteren Lappen ein; die Gangrän an den Beinen, die sich eine Zeit lang begrenzt hatte, nahm wieder zu und die Kranke starb 12 Tage nach der Aufnahme. — Bei der Section fand man Pneumonie des rechten unteren und mittleren Lappens und etwas Verdichtung des linken unteren Lappens; im Herzbeutel ziemlich viel Wasser; das rechte Herz war erweitert, das linke hypertrophisch, ohne starke Erweiterung. Die Mitral- und Aortaklappen waren etwas verdickt. Dicht über dem Ursprunge der Aorta waren mehrere kleine, rundliche aneurysmatische Erweiterungen; am Arcus Aortae befand sich ein mehr als Gänseeigrosses Aneurysma, fast ganz mit geronnenem Blute gefüllt; die abgehenden Arterien waren etwas erweitert. — Es war nur die linke Niere vorhanden, welche von normaler Grösse war; die Corticalsubstanz war geschwollen, röthlichgelb mit ausgedehnten Capillaren.

Endlich kam noch ein kleines Aneurysma an einem namenlosen Aste der rechten Arteria Fossae Sylvii vor, dessen schon früher kurz erwähnt ist.

Die Kranke war eine 23jährige Blumen-Arbeiterin, welche am 12. September aufgenommen wurde. Sie litt seit vier Tagen an einem nicht intensiven Gelenkrheumatismus, war dabei sehr bleichsüchtig. Die Gelenkaffectionen verschwanden bald, kehrten nur dann und wann in geringem Grade wieder. Die Kranke blieb aber wegen der Bleichsucht noch weiter in Behandlung; sie hustete bisweilen etwas. Am 31. October ward sie, nachdem sie am Morgen noch ziemlich wohl gewesen war, Abends plötzlich von heftigem Kopfschmerz und Beengung der Brust befallen, verlor dann bald das Bewusstsein. Am anderen Tage lag sie in vollständigem Coma mit Ptosis des rechten Augenlides und den übrigen Zeichen der Lähmung des rechten Oculomotorius. Sie starb noch am selben Tage. — Die rechte Hemisphäre war ringsum von geronnenem Blute in ungleich dichten Schichten umgeben; auf der oberen Fläche war ein etwa ³/₄″ langer Einriss in der Hirnsubstanz. Dieser führte zu einer mit Blutgerinnsel gefüllten Höhle, in deren Mitte man eine, anscheinend mit einer zarten Membran bekleidete dunkle Geschwulst fand. Diese erwies sich bei näherer Betrachtung als von etwas älteren Blutgerinnseln gebildet und enthielt Reste von Hirnmark eingeschlossen; ein festerer Kern hing mit den Gefässen der Pia mater zusammen und es stellte sich bei sorgfältiger Untersuchung heraus, dass eine kleine aneurysmatische Erweiterung eines Astes der Pia mater geborsten

und mit einem festen Fibringerinnsel angefüllt war. — An der dem Atrium zugewendeten Fläche der Mitralklappe befanden sich kleine warzige Excrescenzen; auf der Herzoberfläche waren einige kleine Ecchymosen, der linke Ventrikel war etwas erweitert.

Thrombosen.

Ausser den schon bei verschiedenen Gelegenheiten erwähnten Pfropfbildungen und den so häufigen Thromben in den Venen der Extremitäten aus verschiedenen Anlässen, verdienen unter den im Jahre 1859 im Krankenhause beobachteten Thrombosen folgende hervorgehoben zu werden:

Eine 22jährige Tischlersfrau ward am 22. November als an Pneumonie leidend in das Krankenhaus gebracht. Sie war sehr betäubt und nur mit Mühe zu erwecken; sie gab an, seit vier Tagen krank zu sein und klagte über heftige Kopfschmerzen. Später erfuhr man, dass sie vor neun Monaten entbunden sei und bis vor Kurzem ein Kind gestillt habe. Die Augen waren stark injicirt, Lähmungserscheinungen waren nicht vorhanden, die Hauttemperatur war sehr erhöht, der Puls sehr frequent; die Zunge roth und trocken, der Leib etwas aufgetrieben und nach unten beim Druck empfindlich, die Milz war vergrössert, die Ausleerungen unwillkürlich. Bei der Untersuchung der Brust wurden keine Erscheinungen der lobären Pneumonie gefunden, sondern nur Rasselgeräusche. Die Krankheit wurde für Abdominaltyphus gehalten und Salzsäure verordnet. Ohne wesentliche Veränderung des Zustandes erfolgte schon am 24. November der Tod. — Bei der Section fand man lobuläre und keilförmige Ablagerungen in den Lungen, welche zum Theil schon gänzlich zerfallen waren, mit Pfröpfen in den betreffenden Lungenarterienästen; keine Ablagerungen in der Leber, der dunklen und vergrösserten Milz und den turgescirenden Nieren. Die Venen der Ligamenta lata waren sehr angefüllt, doch war nirgends Pfropfbildung; die Schleimhaut des Uterus war aufgelockert, mit blutigem Schleim bedeckt, die Harnblase enthielt eitrigen Schleim. Die Schleimhaut der Vagina war dunkel geröthet und mit croupösem Exsudat bedeckt, doch nirgends ulcerirt; in den die Vagina umgebenden Venen sowie in den Venen, welche im Zellgewebe an der inneren Seite der Symphysis Pubis verlaufen, befand sich eitrige Flüssigkeit. Das umgebende Zellgewebe war blutreich und verdichtet, an einzelnen kleinen Stellen necrosirt. In den Venis hypogastricis war nur dunkles Blut. Die Blutgefässe der Vagina gleich oberhalb des Introitus waren nicht erkrankt, die Bartholinischen Drüsen ebensowenig; überhaupt liess sich bei genauer Untersuchung kein Ausgangspunkt für die Thrombose auffinden. Die Tuben und Ovarien waren nicht erkrankt.

Bei einem 16jährigen, chlorotischen Dienstmädchen, welches seit einem Jahre nicht menstruirt war, entstanden unter lebhaften Fieberbewegungen Verpfropfungen der oberflächlichen Hautvenen an der inneren Fläche der Schenkel, an den Genitalien, der Unterbauch- und theilweise der Hüft-

gegend, mit ödematöser Anschwellung dieser Theile und der Beine. Es wurden diese Venen nicht alle auf einmal, sondern nach einander befallen. Die Saphena war ebenfalls theilweise verpfropft. Der Zustand zog sich durch fast vier Wochen hin. Die chlorotischen Beschwerden waren durch diese Erkrankung natürlich noch gesteigert und waren noch bei ihrer Entlassung zu Ende April vorhanden.

Eine Thrombose der Vena cava inferior und der rechten Vena hypogastrica wurde bei einem 21jährigen öffentlichen Mädchen beobachtet, welches an Lungentuberculose starb. Der Ausgangspunkt war ein bedeutendes brandiges Geschwür auf dem Kreuzbein. Der Pfropf war theilweise schon zerfallen und erstreckte sich bis an die Eintrittsstelle in die Leber. Nirgends waren metastatische Ablagerungen.

In dem folgenden Falle hing die Thrombose mit der Entbindung zusammen, ohne zu den eigentlichen puerperalen Processen gerechnet werden zu können.

Eine 26jährige Näherin ward am 14. December aufgenommen. Sie war vor sechs Wochen von einem noch lebenden Kinde entbunden, der Verlauf der Entbindung war ganz naturgemäss und gewöhnlich gewesen. Sie hatte nicht genährt. Drei Wochen nach der Entbindung bekam sie einen Abscess der linken Mamma, welcher eine Woche später künstlich geöffnet ward. Acht Tage vor der Aufnahme bekam sie einen drei Stunden dauernden Schüttelfrost, mit nachfolgender und seitdem continuirlicher Hitze, gleichzeitig Schmerz in der linken Wade. Der Abscess der Brust war ziemlich gross und hatte eine rundliche Oeffnung, welche den Eiter gut ausfliessen liess. An der linken Wade fühlte man in der Ausdehnung von etwa 6" eine teigichte Härte mit einzelnen festeren Knoten in derselben, welche beim Druck schmerzte. Das Fieber war sehr lebhaft, die Lippen trocken, die Zunge feucht, stark belegt. Der Stuhlgang war retardirt, der Durst vermehrt; es war kein Husten vorhanden, der Leib weich und nirgends schmerzhaft. Nach einer abführenden Dosis von Calomel, einer Auflösung von Natrum nitricum und Kataplasmen auf die Brust und die Wade fühlte die Kranke sich erleichtert; das Fieber liess aber nicht nach. Am 16. stellte sich etwas trockener Husten ein, das Aussehen ward anämisch, die Milz vergrösserte sich, die Zunge ward roth und trocken, der Leib trieb meteoristisch auf; der Abscess secernirte wenig, aber dicken guten Eiter; die Wade war weicher und schmerzte nicht. (Acidum muriaticum.) Am Abend heftiger Schüttelfrost; seitdem Collapsus, enorme Pulsfrequenz, heisse Haut, übelriechender Durchfall. (Chinin.) Der Frost erfolgte nicht wieder; am 17. zeigten sich die Symptome von Eiteransammlung in der rechten Hand und in beiden Kniegelenken, am 20. erfolgte der Tod. — Bei der Section fand man weder in der Schädelhöhle noch in der Lunge, der Leber, der Milz oder den Nieren metastatische Ablagerungen; es war Lungenhypostase vorhanden, auch waren die Nieren etwas geschwollen, blutreich, mit trübem Serum infiltrirt. Der Uterus war blutreich, aber weder in ihm noch in seiner Umgebung oder

den Ligamentis latis Exsudat oder Pfropfbildung. In der Vena Saphen sinistra eiterähnliche Flüssigkeit; im rechten Handgelenk jauchiger Eiter der schon die Kapsel durchbrochen hatte, im linken Kniegelenk ebenfall jauchiges Exsudat, in der Vena femoralis keine Pfropfbildung.

Ein Fall von acuter Thrombose im Pfortadergebiet wurd bei einem 73jährigen Manne beobachtet:

Der sehr bleiche und marastische alte Mann, welcher unfähig wa eine gehörige Auskunft über den Beginn und den Verlauf seiner Krankhe zu geben, litt an Oedem der Beine und an mässigem Ascites; die Hau decken und die Conjunctiva waren von etwas gelblichem Schimmer. E hatte wenig Appetit und wollte an trägem Stuhlgang leiden; die Leber dämpfung war klein, der Puls war ruhig. In der Nacht nach seiner Au nahme hatte er mehrmals Durchfall, war am Morgen äusserst collabir die Haut kalt und klebrig anzufühlen mit verschwindend kleinem Pulse Er hatte mehrmals Erbrechen, die Zunge war kalt und er bot ganz da Bild der damals herrschenden Cholera, nur mangelte die livide Fär bung der Haut. Er starb am Tage nach Eintritt des Durchfalls, ohne noc weitere Stuhlauslecrungen gehabt zu haben. — Bei der Section fand ma den ganzen Dünndarm vom Jejunum bis zum Coecum dunkel schwarzrot gefärbt, mit flüssigem und geronnenen Blute angefüllt, die Wandungen de Därme geschwollen und mit Blut infiltrirt; dabei Blutinfiltration im Meser terium. Die Infiltration der Darm-Wandungen war im Jejunum am stärk sten. Nirgends liess sich eine Quelle der Blutung entdecken; dagegen wa die Pfortader und ihre Aeste in der Leber, die Wurzeln der Milzvene, dies selbst und die Mesenterica mit dunklem der Venenwand adhärirende Blutgerinnsel, in welchem wenig Fibrin ausgeschieden war, vollgepfropf Die Leber war sehr klein, schlaff, die Oberfläche gerunzelt und feinkörnig der vordere Rand war atrophisch, verdünnt und etwas nach oben umge schlagen. Das Gewebe war schmutzig braun und leicht zerreisslicl Schwieliges, die Leber durchsetzendes Gewebe war nicht vorhanden, di Leber bot vielmehr den Anblick einer durch Marasmus atrophirten dar Die Milz war sehr klein, schlaff, von dunkler Farbe, geringer Pulpe un vorherrschendem fibrösen Balkengerüst. Die Nieren waren klein, die Co ticalsubstanz schmal und von röthlich gelber Farbe; die Oberfläche glat

Von den vielen Fällen von Thrombose der Aeste der Lunge arterie, welche sich bei verschiedenen Herz- und Lungenerkra kungen fanden, scheinen mir die folgenden bemerkenswerth:

Bei einer 76jährigen Frau, welche an Herzhypertrophie und Stenos der Aortaklappen gelitten hatte, fand man das rechte Atrium ausgedehr und mit Fibringerinnseln angefüllt, welche fest zwischen den Muskelfaser verfilzt und theilweise schon zu eiterähnlichem Detritus zerfallen warei In dem linken Aste der Lungenarterie und seinen nächsten Verzweigunge befand sich ein mit der Wandung verklebtes an den äussersten Schichte entfärbtes Blutgerinnsel; die innere Wand der Arterie war mit eine

dünnen weisslichen Fibrinschicht ausgekleidet. Die Lungen waren nach hinten serös infiltrirt, enthielten aber weder hämorrhagische Infarcte noch andere entsprechende Veränderungen. — Die Kranke war nur drei Tage im Krankenhause gewesen und hatte sich Tags vor dem Tode bedeutend verschlimmert, ohne dass jedoch eine plötzliche Veränderung bemerkt wäre.

Ein 68jähriger früherer Arbeitsmann, seit mehr als sechs Jahren wegen Husten, Engbrüstigkeit und reichlichem Auswurf im Krankenhause, starb am 8. December. Man fand die Pleura der linken Lunge hyperämisch, mit weisslichem geronnenen Exsudate bedeckt, ohne dass flüssiges Exsudat in der Pleurahöhle war. An einzelnen Stellen des linken oberen und der Spitze des unteren Lappens waren unregelmässig umschriebene verdichtete braunrothe Stellen mit körniger Schnittfläche; in dem unteren Lappen waren viele Bronchialerweiterungen, theils mit flüssigem, theils mit eingedicktem Eiter angefüllt, theils ulcerirt; doch war nirgends Necrose des Lungengewebes vorhanden, die Lunge war im Uebrigen emphysematös aufgebläht. — An der Wurzel der rechten Lunge war eine schwielige Verdichtung des Zellgewebes mit Erweiterung der hier entspringenden Bronchialäste. Im Raume der Arteria pulmonalis befand sich ein festes, halb durchscheinendes, das Gefässlumen zu zwei Drittheilen ausfüllendes Gerinnsel, welches sich in die Hauptäste in der Weise fortsetzte, dass das Lumen des Gefässes in der Mitte des Gerinnsels lag; das Gerinnsel war an einzelnen Stellen undurchsichtig, sonst grösstentheils durchscheinend. Dicht über den Semilunarklappen der Arteria pulmonalis hing der Propf fest an der erkrankten und rauhen Arterienwand.

Ein Thrombus der Arteria iliaca communis dextra war des langsamen Verlaufes des Falles wegen bemerkenswerth.

Ein 56jähriger Schuster von kleiner Gestalt und schwächlichem Aussehen ward am 8. Februar aufgenommen. Er wollte vor acht Wochen schneidende und brennende Schmerzen im rechten Fusse bekommen haben; hier hatte er anfangs eine rothe Stelle bemerkt, welche später verschwand. Bis 14 Tage vor der Aufnahme hatte er noch gehen können, seitdem hatten die Schmerzen zu sehr zugenommen. Der Kranke war in seinem Wesen sehr wunderlich und offenbar geistesschwach, so dass diese Angaben wenig Werth hatten. Es zeigten sich am rechten Fusse die deutlichen Zeichen der beginnenden Gangrän; oberhalb der Knöchel war lividrothe Färbung der Haut, mit Temperaturerhöhung und ödematöser Infiltration des Zellgewebes. In der Schenkelarterie war kein Puls zu fühlen, am Herzen bemerkte man keine Veränderung. Die Gangrän breitete sich allmählich immer höher aus, aber in einzelnen, mehr plötzlichen Nachschüben, es wurden nach und nach die einzelnen Fusswurzelknochen, dann die Knochen des Unterschenkels und die Patella entfernt; der necrotische Stumpf des Oberschenkelknochen war in seinem unteren Drittheil ganz frei hervorragend. An der Hüfte waren die Weichtheile grösstentheils durch Gangrän und Ulceration zerstört, dennoch stieg die Euphorie des Kranken, der nächtlich viel delirirte, mit zunehmender Zerstörung des Beins in dem Grade, dass er fast verwundert schien, dass man ihn nach seinem Befinden

fragte. Er starb erst am 25. März, vierzig Tage nach der Aufnahme und mindestens acht Wochen nach dem ersten Auftreten der spontanen Gangrän. — Bei der Section fand man in der Aorta dicht über der Theilungsstelle einen etwa 1 Zoll langen und mehrere Linien dicken wandständigen Thrombus. Die Arteria iliaca externa enthielt einen grauen, trockenen etwas geschrumpften Pfropf, der in der Femoralis schmutzig braunroth wurde und von der Eintrittsstelle in den Adductor magnus an, zu einer eiterähnlichen Flüssigkeit zerfallen war. Das umgebende Zellgewebe der Iliaca externa und Femoralis war dunkel schiefergrau und verdichtet. Die Arteria hypogastrica war bis zum ersten abgehenden Aste verstopft, desgleichen die Arteria femoralis profunda. An dem Herzen fanden sich keine bemerkenswerthen Veränderungen. Ebenso wenig wurden mit Ausnahme von chronischer Pachymeningitis und einem kirschkerngrossen Sarcom der Dura Mater etwas Bemerkenswerthes bei der Section gefunden nur zeigten alle Organe beginnende senile Atrophie.

Bildungsanomalieen.

Ein 17jähriger Sohn eines Wollkämmers litt an Blausucht und hatte ein ausserordentlich starkes blasendes, fast pfeifendes Geräusch am unteren Theil des Sternum. Die aus dieser Erscheinung hergeleitete Diagnose einer Communicationsöffnung zwischen beiden Ventrikeln bestätigte sich bei der im folgenden Jahre gemachten Section. Ich behalte mir vor, die in diesem Falle vorhandene anderweitig höchst seltene Missbildung an den vom Herzen abgehenden Gefässen bei einer anderen Gelegenheit näher zu beschreiben.

Bei einer 28jährigen Näherin, welche wegen Bronchialcatarrhs aufgenommen war und starke Hustenanfälle hatte, fühlte man an der rechten Radialarterie anfangs gar keinen Puls, an der linken nur einen sehr schwachen. Nach einiger Zeit, als der Husten etwas nachgelassen hatte fühlte man auch rechts bisweilen einen schwachen Puls in der Arterie deren nicht bedeutender Umfang stets deutlich zu fühlen war; es erforderte aber immer grosse Aufmerksamkeit und sehr leichtes Andrücken des Fingers um den Pulsschlag zu fühlen. Ausdehnung des collateralen in dem Zwischenraum zwischen Daumen und Zeigefinger verlaufenden Astes war nicht vorhanden. In der Fossa jugularis fühlte man ein grosses schräg nach rechts und oben verlaufendes Gefäss. Andere Zeichen, welche über den hier offenbar vorhandenen abnormen Verlauf der aus dem Arcus Aortae herkommenden Gefässe Aufschluss geben konnten, liessen sich nicht ermitteln. Am Herzen konnte man keine wesentliche Veränderung wahrnehmen. Sie verliess nach einigen Monaten das Krankenhaus, da ihr Husten gebessert war. Sie kam im Jahre 1860 wieder wegen des von Neuem verschlimmerten Hustens ins Krankenhaus und bot ganz dieselben Erscheinungen dar. Der rechte Radialpuls war erst nach einiger Zeit ganz schwach zu fühlen, als die Kranke weniger heftig hustete und die Circulation ruhiger geworden war. Sie verliess wieder nach einiger Zeit das Hospital.

Bei einer Kranken, welche im October an Tuberculose starb, wurden vier Semilunarklappen an der Lungenarterie gefunden.

Bei einem 47jährigen Knecht, der am 30. August an der Cholera starb, fand man im linken Ventrikel zwei abnorme Sehnenfäden, einen der vom Aortazipfel der Mitralklappe zu einem Trabekel der gegenüberstehenden Ventrikelwand führte und einen, der von einem Papillarmuskel zu der muskelfreien Stelle am Septum ging. Ueber etwa vorhandene Auscultationserscheinungen kann leider nichts berichtet werden.

Krankheiten des Verdauungscanales.

Angina.

Von den zur Behandlung gekommenen Fällen der gewöhnlichen Tonsillar-Angina ist nichts Bemerkenswerthes zu berichten; dagegen kam eine sarcomatöse Entartung des Schlundkopfes und der anliegenden Theile des Halses vor, welche im Verlaufe manche Eigenthümlichkeiten darbot.

Eine 43jährige Arbeitsmanns-Frau, am 2. August 1858 aufgenommen, klagte schon seit Weihnachten über Schmerzen im Halse und Schlingbeschwerden. Bei abwechselnder Besserung und Verschlimmerung des Halsübels hatte sich allmählich eine Anschwellung der Drüsen am Halse gebildet, es war ferner Verstopfung der Choanen eingetreten, wodurch die Empfindlichkeit der Rachenorgane noch gesteigert war. Mitunter entleerte sie Stücke geronnenen Schleims mit Blut und Eiter aus den Choanen. Bei ihrer Aufnahme fand man die Lymphdrüsen unter dem linken Musculus Sternocleidomastoideus stark angeschwollen und letzteren nach aussen gedrängt. Die Drüsengeschwulst war hart, uneben, unbeweglich und hing mit einer festen Anschwellung der linken Tonsille zusammen, welche sich in die hintere Wand des Gaumensegels zu erstrecken schien. Der Isthmus war sehr verengert; eine Ulceration nirgends zu entdecken. Da das Uebel einen zu grossen Umfang erreicht hatte, um eine Operation zu gestatten, so blieb die Kranke auf der medizinischen Abtheilung. Die anginösen Beschwerden der zwar zarten und etwas nervösen, aber keineswegs cachectisch aussehenden oder sehr abgemagerten Kranken steigerten sich bisweilen zu einer fast unerträglichen Höhe; sie hatte dann meist starken Blutandrang nach dem Kopf und heftige Kopfschmerzen. Die Anschwellung verengte der Art den Isthmus, dass die Nothwendigkeit der Laryngotomie oft in naher Aussicht stand. Mehrmals trat, wenn so das Uebel den höchsten Grad erreicht zu haben schien, ziemlich plötzlich eine Besserung ein, meist mit Entleerung von Blut und eiterähnlichem Schleim, ohne dass man die Quelle der Entleerung hätte nachweisen können. Es schwoll dann die ganze Geschwulst der Art ab, dass die ganz ungünstige Prognose einer günstigen Platz machte: nach kurzer Zeit trat dann wieder allmähliche Verschlimmerung ein und bald war von Neuem das Uebel in seiner früheren Höhe vorhanden. Die Kranke brachte auf diese Weise ihr Leben bis zum 27. Mai 1859, wo sie rasch an hinzugetretenem Glottiskrampfe starb. — Bei der Section fand man eine feste, blutarme Geschwulst von fast knorpliger Härte, welche von der Basis des Schädels ausgehend die

ganze hintere Wand des Pharynx ergriffen hatte und sich nach links durch die seitlich am Halse gelegenen Theile bis an die Haut erstreckte. Die hintere Pharynxwand berührte fast die untere Fläche der aufgerichteten Epiglottis und bildete eine enge Rinne. Das Gaumensegel war frei, lag aber dicht an der Geschwulst an. Diese verhielt sich an der Pharynxwand mehr wie eine gleichmässige, wenn auch sehr bedeutende Degeneration des normalen Gewebes, indem die Form der Pharynx noch ungefähr erhalten war und die Geschwulst allmählich in den gesunden Theil überging; seitlich am Halse hatte sie nach Aussen deutlich den Charakter einer eigentlichen Geschwulst mit unebener Oberfläche. Die dazwischenliegenden Theile waren aber nicht verdrängt, sondern in der Degeneration grösstentheils untergegangen, oder verliefen mitten durch dieselbe. Die microscopische Untersuchung liess z. B. in der von der Schnittfläche der Degeneration abgeschabten Masse eine Menge quergestreifter Muskelfasern an den Stellen erkennen, wo die Muskeln gewesen waren. Die grossen Halsgefässe und Nerven gingen mitten durch die Geschwulst durch. Diese zeigte bei der microscopischen Untersuchung keine proliferirende Zellenbildung, eben so wenig Knorpelzellen, sondern bestand aus spindelförmigen Zellen und Kernen; aus der Schnittfläche war kein Saft auszudrücken. Die Schleimhaut der Choanen und der Nasenmuscheln war aufgelockert, geröthet und etwas ödematös. Der Kehlkopf war frei. Eine Ursache der eigenthümlichen Erscheinung des zeitweiligen Wachsens und Abnehmens der Geschwulst war nicht zu finden.

Catarrhe der Magenschleimhaut.

Wie im vorigen Berichte habe ich auch diesmal zu den acuten Magencatarrhen den grössten Theil jener nicht deutlich charakterisirten fieberhaften Zustände gerechnet, bei denen gleichzeitig eine acute catarrhalische Erkrankung des Magens vorhanden ist, wenn sie auch nicht den Ausgangspunkt der Krankheit bildet. Es ist unmöglich einen ganz unpräjudicirlichen Ausdruck für diese Affectionen zu finden, welche je nach der gerade herrschenden pathologischen Theorie verschiedene Namen geführt haben und noch führen werden. Die meisten dieser Fälle sind vielleicht als unvollkommen ausgebildeter Abdominaltyphus aufzufassen, oder richtiger, um nicht ontologisch zu sein, den Vorgängen anzureihen, welche wir bei intensiverer Entwicklung mit dem Namen Abdominaltyphus zu belegen gewohnt sind. Wenn auch in der Regel diesen Zuständen eine schnellere Reconvalescenz folgt, so erleidet dies doch Ausnahmen; ebenso kommen auch einzelne Fälle vor, welche darauf hinweisen, wie wesentlich diese anscheinend nicht bedeutenden fieberhaften Zustände mitunter den ganzen Organismus erschüttern. So beobachteten wir im Jahre 1859 zweimal bei weiblichen Kranken melancholische Manie mit Hallucinationen im Gefolge derselben.

Bei der einen Kranken, einer 38jährigen Tagelöhnerin, war Alcoholmissbrauch die prädisponirende Ursache, obwohl kein eigentliches Delirium tremens vorhanden war, bei der anderen Kranken, einem 22jährigen Dienstmädchen, zeigte sich Heimweh als die Hauptursache der Geistesverwirrung. In beiden Fällen waren aber die Erscheinungen des fieberhaften gastrischen Catarrhs der psychischen Störung einige Zeit vorhergegangen.

Die acuten gastrischen Catarrhe herrschten meistens in den wärmeren Monaten und erreichten ihren Höhepunct im August. Von da ab wurden die Fälle weniger zahlreich, nahmen jedoch im December auf einmal wieder zu. Todesfälle kamen nicht vor.

Der chronische Catarrh des Magens kommt im Krankenhause seltener als selbstständiges Uebel zur Behandlung, sondern ist meist eine consensuelle Erscheinung. Der einfache Aufenthalt im Krankenhause genügt in den meisten Fällen, um leichtere Fälle zu beseitigen, so dass ein einigermassen hartnäckiger chronischer Magencatarrh fast mit Sicherheit auf ein anderweitiges entweder nicht beachtetes oder noch nicht zu entdeckendes Leiden schliessen lässt; letzteres wird dann meist bei genauerer Untersuchung entweder sogleich oder im weiteren Verlaufe der Krankheit aufgefunden.

Das **runde Magengeschwür** wurde, abgesehen von den nicht seltenen Fällen von strahligen Narben in der Magenschleimhaut, 6 mal bei Sectionen gefunden; bei zwei Dienstmädchen führte es durch Perforation den Tod herbei; bei einem 34jährigen Arbeitsmanne durch Corrosion der Arteria lienalis. — In den drei übrigen Fällen war der Befund zufällig und das Geschwür schon vernarbt. Alle diese Fälle kamen in weiblichen Leichen vor; in dem einen ward zufällig bei einer an der Cholera verstorbenen 76jährigen Frau eines Landmannes ein Magenkrebs gefunden, der sich in der Umgegend einer deutlich erkennbaren Narbe eines grösseren runden Geschwürs entwickelt hatte.

Diagnosticirt wurde das runde Geschwür bei 8 weibl. und 3 männl. Kranken, welche alle ausser den sonst als charakteristisch bezeichneten Symptomen noch mehr oder minder starkes Blutbrechen gehabt hatten. In den vielen Fällen von Cardialgie, namentlich bei weiblichen Kranken, ist gewiss das runde Magengeschwür häufig vorhanden, ohne dass man das Vorhandensein desselben sicher diagnosticiren kann.

Neubildungen.

Einige Fälle von **tuberculösen** Geschwüren des Magens bei ausgebildeter Lungentuberculose habe ich schon oben früher erwähnt.

Krebsablagerung wurde in den Leichen von 6 männl. und 1 weibl. Kranken gefunden.

Zweimal war Zottenkrebs der Schleimhaut in Form einzelner beweglicher Geschwülste vorhanden; der Befund war in beiden Fällen zufällig. Der eine Kranke, ein alter Mann, wurde in einem apoplectischen Anfalle gebracht, welcher seinem Leben bald ein Ende machte; der andere litt gleichzeitig an Lungentuberculose und starker Lebercirrhose. — Bei einer an der Cholera verstorbenen Frau ward der Magenkrebs ebenfalls zufällig gefunden.

Bei einem 45jährigen Landmann, welcher unter den gewöhnlichen Erscheinungen des Carcinoma Cardiae allmählich zu Grunde gegangen war, zeigte sich der Ductus thoracicus bis nahe an seinen Eintritt in die Vena jugularis verdickt, knotig und krebsig infiltrirt. Besondere Erscheinungen, welche auf diese Affection hätten zurückgeführt werden können, waren nicht vorhanden.

Bei einem 56jährigen Tischler und einem 51jährigen Schneider war der Magenkrebs neben Krebsablagerung in anderen Organen, namentlich in den stark geschwollenen retroperitonäalen Drüsen vorhanden. Letztere waren während des Lebens deutlich als harte unebene Geschwülste zu fühlen gewesen.

Zwei männliche Kranke wurden auf ihr Verlangen ungeheilt entlassen.

Fibroide unter der Magenschleimhaut wurden zweimal bei älteren Frauen zufällig gefunden.

Bei einer 76jährigen Frau wurden die von **Reinhardt** beschriebenen weisslichen, runden Geschwülste der Magenschleimhaut, welche durch **Hypertrophie der Drüsen** bedingt sind, gefunden. Die Geschwülste waren mit einer trüben, schleimig-zähen Flüssigkeit infiltrirt und bestanden aus stark vergrösserten Drüsen; in dem Safte waren nur Cylinderepithelien nachzuweisen.

Catarrh der Darmschleimhaut.

Die **acuten** Darmcatarrhe waren im Krankenhause im Ganzen häufiger, als im Jahre vorher, namentlich im August und September, auch abgesehen von den zur Cholera zu rechnenden Durchfällen. Wie aber schon bemerkt, kann man hieraus durchaus keinen Rückschluss auf das Vorkommen der Darmcatarrhe in Hamburg machen;

es ist vielmehr sehr wahrscheinlich, dass eine Menge von Kranken, welche unter gewöhnlichen Verhältnissen nicht ins Krankenhaus gekommen wären, zur Zeit der herrschenden Cholera theils aus eigenem Antriebe, theils durch ihre Umgebung veranlasst, wegen Durchfalls Aufnahme im Krankenhause nachsuchten. Gegen Ende des Jahres zeigten sich stärker auftretende Catarrhe des Dickdarms, bisweilen mit blutigen Entleerungen und Tenesmus; doch wichen sie schnell den gewöhnlichen Mitteln.

Der chronische Catarrh des Dickdarms kommt nicht selten bei Seeleuten vor, welche sich die Krankheit in heissen Climaten zugezogen haben. Meist erlangt man nur eine temporäre Besserung, welche bei der geringfügigsten Veranlassung wieder nachlässt. Es waren im Jahre 1859 acht Matrosen wegen dieses Uebels im Krankenhause; einer von ihnen starb an Peritonitis durch Perforation eines catarrhalischen Geschwürs. Ausser diesen kam der chronische Dickdarmcatarrh mit Verschwärung noch bei einem öffentlichen Mädchen vor, wo auch Perforation des Dickdarms und umschriebene Peritonitis vorhanden waren. — Zwei andere Kranke gingen ungeheilt ab: ein Schlachtergesell, bei dem das Uebel erst wenige Monate bestand, kam zweimal ins Krankenhaus und ward jedesmal scheinbar geheilt entlassen.

Acute Exsudationsprocesse, dem Croup oder der Diphtheritis ähnlich, kamen bei verschiedenen Leiden anderer Organe als letzte, den Tod herbeiführende Complication vor, so bei durch Alter oder erschöpfende Krankheiten bedingtem Marasmus, bei der sogenannten Pyaemie, bei acutem und chronischem Morbus Brightii, bei Pleuritis, verschlepptem Typhus u. s. w.

In diagnostischer Hinsicht ist der Fall eines 52jährigen Arbeitsmannes erwähnenswerth, welcher, seinem Geständniss nach, ein ziemlich starker Branntweintrinker, seit sieben Wochen an den Erscheinungen des Intestinalcatarrhs litt. Der Leib war in der rechten Regio iliaca beim Druck schmerzhaft, resistent und die Percussion gab hier stets einen gedämpften Schall. Bei der Section fand sich das vermuthete peritonitische Exsudat nicht, sondern die Dämpfung des Percussionsschalles war durch die starke Anschwellung der Darmhäute in den erkrankten unteren Partieen des Ileum und im Colon bedingt gewesen.

Innere Obstructionen.

Die beiden folgenden Fälle geben einen Beitrag zu der Casuistik

des Ileus und möchten vielleicht desshalb Beachtung verdienen, weil sie zur Deutung mancher bisweilen vorkommenden abweichenden Symptome mit beitragen können. Solche Abweichungen machen im einzelnen Falle die Diagnose, die Prognose und selbst die Therapie ganz unsicher. In beiden Fällen waren nämlich die widersprechenden Erscheinungen vorhanden, dass neben den Zeichen der behinderten Durchgängigkeit des Darmrohres, dennoch der Darminhalt durch die verengerte Stelle frei durchzutreten schien und gleichwohl der Kranke, anscheinend in Folge des Hindernisses, dem Tode zueilte. In dem einen dieser Fälle war die Durchgängigkeit der verengten Stelle nur scheinbar, in dem anderen Falle war zwar ein bedeutendes Hinderniss für die peristaltische Bewegung vorhanden, aber nur von indirectem Einflusse auf den tödtlichen Ausgang gewesen. Die Ursachen, welche in beiden Fällen die Durchgängigkeit des Darmcanals beeinträchtigten, gehören übrigens zu den häufigsten Veranlassungen des Ileus.

Ein 49jähriger Schuster wurde am 1. August aufgenommen. Er hatte schon öfter an Anfällen von Stuhlverstopfung gelitten, jedoch nie Schwierigkeiten gehabt, sich durch gewöhnliche Mittel von derselben zu befreien; jetzt aber war er seit dem 27. Juli ohne Oeffnung und alle angewandten Mittel waren vergeblich geblieben. Es hatte sich Leibschmerz, Uebelkeit und Harnverhaltung hinzugesellt. Der Leib war aufgetrieben und in demselben konnte man einzelne ausgedehnte Darmwindungen deutlich fühlen; eine bestimmte Anschwellung oder eine besonders schmerzhafte Stelle war aber nicht zu bemerken. Das allgemeine Befinden war ziemlich gut, der Puls war wenig beschleunigt, der Schlaf gering, der Appetit fehlte, der Durst war mässig. Der Catheter entleerte eine mässige Menge Urin, ein eingeführtes Darmrohr entleerte ziemlich viel Darmgas und etwas flüssigen Koth. Den nächsten Tag war das Befinden besser, der Urin ward von selbst gelassen und obwohl spontan keine Entleerung des Darms eintrat, so konnte doch wieder durch das ziemlich hoch hinaufgeführte Darmrohr Gas und fäculente Flüssigkeit entleert werden, obwohl in viel geringerem Grade, als am Abend der Aufnahme. Innerlich war im Anfange eine Dosis Calomel von grvj. gegeben, als aber die Spannung und Schmerzhaftigkeit des Leibes bald nach der ersten Entleerung durch das Darmrohr wieder zunahm, erhielt er Opium. Bei im Wesentlichen unverändertem Zustande wurden jetzt durch das so hoch wie möglich eingeführte Darmrohr grössere Wassermengen eingesprützt. Dieselben kehrten stets, mit wenig Schleimflocken vermischt, klar wieder zurück; nach Abfluss derselben erschien eine geringe Quantität flüssiger, bräunlicher, flockiger, übelriechender Masse, nebst etwas Gas. Diese Flüssigkeit verlor immer mehr die Beschaffenheit des Darmkothes und zeigte dafür die einer brandigen Jauche. Der Zustand des Kranken ward immer elender, doch trat kein Erbrechen ein. Letzterer Umstand und die mir räthselhafte Erscheinung, dass immer noch Darmgas entleert werden konnte, hielten von einem

operativen Eingriff ab. Denn die Unterbrechung der Durchgängigkeit des Darmrohres konnte hiernach keine vollständige sein und nicht den Charakter einer eigentlichen Incarceration haben. Die Einführung des Darmrohrs ward allmählich schmerzhafter, namentlich wenn das obere Ende des Rectum erreicht war, dessgleichen erregte die Wassereinsprützung nach immer kürzerer Zeit heftige Leibschmerzen; der Kranke hatte öfteres, lästiges Aufstossen, schlief wenig und genoss nichts. — Am 6. August Abends stellten sich die Erscheinungen des Lungenödems ein, welchem der Kranke, ohne dass Erbrechen aufgetreten wäre, erlag.

Bei der Section fand man die Bauchhöhle durch das verdickte und theilweise strangförmig zusammengerollte Netz, welches in der rechten Regio iliaca angeheftet war, in zwei Abtheilungen getrennt, welche durch eine vom linken Hypochondrium zum rechten Darmbein gehende Linie geschieden waren. In der linken Hälfte lag das enorm ausgedehnte Colon transversum und die weniger ausgedehnten dünnen Gedärme, es war hier eine nicht bedeutende Menge trüben, flüssigen, weissgelblichen Exsudates vorhanden. In der rechten Abtheilung befand sich eine missfarbige, trübe, gelbliche Flüssigkeit, mit geronnenem Exsudat vermischt; letzteres war in der Beckengegend am stärksten angehäuft. Den grössten Theil dieser Abtheilung nahm ein schlaffer Sack mit einer Längsfurche ein, welcher mit graugelbem Exsudate bedeckt war. Dieser Sack wies sich als eine Schlinge der Flexura iliaca aus, welche enorm ausgedehnt und mit einer sphacelösen Flüssigkeit angefüllt war; die Schleimhaut war mit graugelbem, diphtheritischen Exsudat bedeckt. Die Flexura iliaca war um ihre Achse gedreht, so dass der in das Mesocolon übergehende Theil des Mesenterium wie ein einschnürender Ring wirkte; die Schlinge des S. romanum war auf diese Weise sowohl an der Uebergangsstelle in das Rectum, als auch nach dem Colon descendens hin, abgeschnürt, doch nach dem Rectum hin weniger stark: an beiden Uebergangsstellen war die Schleimhaut mit dickem, graugelben Exsudat bedeckt.

Es ist unzweifelhaft, dass in diesem Falle die Enterotomie grossen Nutzen, vielleicht vollkommene Herstellung herbeigeführt haben würde, vorausgesetzt, dass der Darm an der rechten Stelle eröffnet wäre. Die Regio lumbaris sinistra und die Regio iliaca sinistra wären in diesem Falle im Allgemeinen die geeigneten Stellen, erstere aber, wegen der tiefen Lage des Darmes und der dadurch nöthigen Knickung desselben, für die Anlegung einer nur temporären Oeffnung nicht gerathen gewesen. Da der Kranke schon früher an Obstructionen gelitten hatte und auch jetzt die Annahme einer Strictur im unteren Theil des Colon nicht ganz abzuweisen war, so hätte man die Lumbargegend indessen auch rechtfertigen können. Die rechte Regio iliaca würde in diesem Falle ganz ungeeignet gewesen sein, man würde zunächst nicht sogleich auf eine Darmschlinge gekommen sein und bei Erreichung des abgeschnürten Darmtheils durch Eröffnung desselben nichts

gewonnen haben. An eine Reponirung der Achsendrehung durch die Operationswunde wäre nicht zu denken gewesen, denn die Diagnose der Einschnürung war sogar an der Leiche mit Schwierigkeiten verbunden. Bei der Laparatomie hätte man wahrscheinlich nur das adhärirende Netz entdeckt und getrennt, ohne an der Sachlage irgend etwas zu ändern.

Die Nothwendigkeit eines operativen Eingriffs kam in dem zweiten Falle gar nicht zur Erörterung, weil keine Zeichen der Incarceration vorhanden waren; es schien jedoch die Nothwendigkeit einer Operation in der Zukunft als nicht unwahrscheinlich, da sich die Zeichen eines Hindernisses für die Durchgängigkeit des Darmtractus deutlich kund gaben.

Ein 52jähriger Tischler ward am 11. October aufgenommen. Er hatte vor etwa 3 Jahren an einer fieberhaften Krankheit mit Leibschmerzen und blutigen Durchfällen gelitten, bei welcher er etwa drei Wochen bettlägerig gewesen war. Seit dieser Zeit litt er an Neigung zur Stuhlverstopfung. Obwohl er schon längere Zeit unwohl war, wurde er doch erst vor acht Wochen ernstlicher leidend. Er litt an häufigen Kolikschmerzen mit starkem Kollern im Leibe und an Stuhlverstopfung, konnte auch selten Winde entleeren. Allmählich verlor sich der Appetit und es trat nicht selten längere Zeit nach dem Essen Erbrechen ein Er war dabei abgemagert und hatte eine schlechte Gesichtsfarbe bekommen. In den letzten Tagen war übelriechender Durchfall eingetreten. Der Leib war sehr aufgetrieben und mässig gespannt, man fühlte deutlich einzelne sehr erweiterte Darmschlingen; der Druck war nur in der Gegend des Nabels empfindlich, eine Geschwulst war nirgends zu entdecken. Die Zunge war stark belegt der Puls ruhig und ziemlich kräftig. — In den ersten Tagen dauerte der Durchfall mit Blutbeimischung zu den Abgängen fort, ohne dass der Leib sein Volumen änderte; man konnte öfter ein starkes Kollern in den ausgedehnten Darmtheilen fühlen. Später liess der Durchfall nach, es erfolgte gebundener, nicht abnorm geformter Kothabgang; gleichzeitig minderte sich die Empfindlichkeit des Leibes und unter Abgang von Blähungen durch den Mastdarm sank der Leib mehr zusammen. Gegen die Mitte des Monats November erfolgte intercurrirend eine Eruption von Herpes Zoster an der linken Seite des Halses vom Larynx bis aufwärts über das Ohr nach dem behaarten Kopftheil hin. In der letzten Hälfte des Monats fingen die früheren Beschwerden wieder an, hervorzutreten, der Leib trieb wieder auf, die ausgedehnten Darmschlingen wurden deutlicher fühlbar, der Kranke bekam öfter Leibschmerzen und ein belästigendes Gefühl nach dem Essen. Der Stuhlgang fehlte nie ganz. In den ersten Tagen des Monats December verlor sich der Appetit gänzlich, der Kranke wurde sehr matt, die Zunge belegte sich mehr; am 7. December trat Erbrechen grüner Massen und Durchfall bei geringen Leibschmerzen ein, der Durchfall nahm in den nächsten Tagen zu, während das Erbrechen sich nur selten zeigte; am 15. trat ein Schüttelfrost ein, mit nach

folgendem starken Schweisse, am 16. collabirte er gänzlich und starb.
Die Section ergab Lungenödem und Bronchopneumonie als nächste Todesursache. — Das grosse Netz, theilweise in einen platten Strang verwandelt, war in der rechten Inguinalgegend fest angeheftet und ging über einen oberhalb wie unterhalb dieses Stranges enorm ausgedehnten Darmtheil hinüber, welcher sich als das Jejunum auswies. Dieser Darmtheil war von der Stelle seines Beginns unter dem Colon transversum an, ausgedehnt. Die Ausdehnung erstreckte sich ferner noch auf den Anfangstheil des Ileum. Der übrige Theil des letzteren war ganz in der Beckenhöhle verborgen und hier, unter Verwachsung der einzelnen Schlingen miteinander, an das Becken-Peritonäum angeheftet. Der Dickdarm war wenig ausgedehnt, die Flexura iliaca war mit in die beschriebene Verwachsung in der Beckenhöhle eingeschlossen und ganz contrahirt. In der ıusgedehnten Darmpartie war die Schleimhaut aufgelockert, ohne Hyperämie und mit flüssigem gelben Koth bedeckt; im Ileum waren die Peyerschen Drüsengruppen graublau gefärbt und zeigten an einzelnen Stellen ovale, flache Narben. An zwei Stellen befanden sich in die Tiefe dringende Substanzverluste mit schiefergrau gefärbten Rändern, von denen ler eine auch den Peritonäalüberzug betraf; die Oeffnung zeigte sich durch Zellgewebe verschlossen. Der Processus vermiformis verkürzt und zum grössten Theile obliterirt. Der Fundus ventriculi war stark erweitert. Die Schleimhaut der Flexura iliaca und des Rectum, in geringerem Grade ıuch die des Colon transversum, war geröthet und geschwollen; auch in liesem Theile des Darmcanales befand sich flüssiger, gelber Koth.

Die starke Ausdehnung des Jejunum bewies hinreichend, dass lie Verwachsung der in der Beckenhöhle gelagerten Därme ein beständiges Hinderniss für die peristaltische Bewegung abgegeben ıatte. Wäre in diesem Falle bei vollständiger Obstruction eine Operation nöthig gewesen, so hätte man nur durch die Enterotomie ıelfen können, bei der Laparotomie dagegen würde man, wie im vorigen Falle, den festen Strang des Netzes, welcher quer über den ıusgedehnten Darmtheil ging, für das Hinderniss angesehen und getrennt haben, ohne das eigentliche Hinderniss hinweg zu räumen.
Die beiden erwähnten Fälle sprechen also deutlich für die jetzt ıuch immer mehr zur Geltung kommende Ansicht, dass man bei er Operation des Ileus nicht nach gemachtem Bauchschnitte nach em Hindernisse suchen, sondern sogleich den Darmcanal eröffnen oll, weil der erstere Weg gefährlicher und dabei unsicher ist, während der letztere gefahrloser und sicherer ist, zugleich auch ie Herstellung des natürlichen Weges erfahrungsgemäss nicht ausschliesst.

Parasiten.

An Taenia wurden vier Schlachtergesellen und die 15jährige

Tochter eines Tischlers behandelt: bei letzterer war die Existenz des Wurms zweifelhaft, da im Krankenhause sich keine Spuren desselben entdecken liessen; es konnte desshalb auch keine Cur eingeleitet werden. Von den übrigen Kranken wurden zwei durch die Anwendung der Granatwurzelrinde von dem Wurme vollständig befreit; bei einem dieser Kranken gingen mehrere Würmer in vollständigen Exemplaren ab. Bei einem anderen wurde, obwohl sich Glieder im Stuhlgange gezeigt hatten, durch zweimalige Anwendung dieses Mittels, sowie durch die von Ricinusoel mit Terpenthin nicht die geringste Wirkung erzielt; bei dem vierten Kranken ging der Kopf nicht ab und eine neue Cur unterblieb, weil der Kranke wegen einer syphilitischen Affection auf eine andere Station verlegt werden musste.

Krankheiten des Wurmfortsatzes.

In meinem vorigen Berichte habe ich einige statistische Notizen über die Häufigkeit der Erkrankung des Processus vermiformis gegeben; das Jahr 1859 lieferte ebenfalls den Beweis, wie häufig die Erkrankungen dieses Darmtheiles sich vorfinden. Nach den im Krankenhause gemachten Beobachtungen sind die Erkrankungen des Wurmfortsatzes unendlich häufiger, als die des Coecum und geben die häufigste Ursache der auf die rechte Regio iliaca beschränkten oder von hier ausgehenden Peritonitis ab. Es kann mir nicht einfallen, die anderweitig gemachten Erfahrungen über die vom Coecum und namentlich von der Perforation desselben ausgehenden Erkrankungen im Entferntesten bestreiten zu wollen; die Angaben Rokitansky's sind in dieser Hinsicht zu bestimmt, um einen Zweifel zuzulassen. Ich spreche nur von meiner individuellen Erfahrung, welche mich veranlasst, die Erkrankung des Wurmfortsatzes als die häufigste Ursache der entzündlichen Affectionen der Coecalgegend anzusehen. Herr Generalstabsarzt Dr. Stromeyer hat in der zweiten Auflage seiner „Maximen der Kriegsheilkunst" auf die Perforationen des Coecum, namentlich der hinteren Wand desselben, hingewiesen und die Ansicht ausgesprochen, dass dies die häufigste Ursache der Perityphlitisab geben möchten; der Wurmfortsatz werde in Folge der letzteren häufig secundär zerstört und dann bisweilen fälschlich für den Ausgangspunct der Krankheit angesehen. Die Richtigkeit dieser Ansicht kann nur durch fernere Beobachtungen bestätigt oder widerlegt werden und ich kann mir nicht anmassen, über dieselbe jetzt ein Urtheil fällen zu wollen.

Es beruht indessen auf einem Missverständnisse, welches, wie ich gern zugebe, durch die undeutliche Art, in welcher ich meine Ansicht ausgedrückt habe, veranlasst sein mag, wenn der geehrte Herr Verfasser meint, dass ich ebenfalls die Durchbohrung der hinteren Wand des Coecum als die häufigste Ursache der Perityphlitis habe bezeichnen wollen. Ich habe S. 110 meines vorjährigen Berichtes nur gesagt, oder wenigstens sagen wollen, dass mir keine Fälle vorgekommen seien, wo die primäre Entzündung des retrococcalen Zellgewebes die Perityphlitis in deutlich nachweisbarer oder wahrscheinlicher Weise veranlasst hätte und wollte allerdings darauf hinweisen, dass in vielen, wenn nicht den meisten Fällen die Perforation als Ursache der Perityphlitis übersehen sei. Die Perforation des Coecum hatte ich aber hierbei weniger im Auge, als die des Wurmfortsatzes, da ich, mit Ausnahme der tuberculosen und typhösen Ulcerationen, im Coecum ungleich viel seltner Geschwürsbildung, noch seltener aber tief eindringende Ulceration gefunden habe, als im Wurmfortsatze. Ebenso wenig habe ich die Ansicht aussprechen wollen, dass die Geschwulst bei der Perityphlitis nicht durch Exsudat innerhalb der Peritonäalhöhle bedingt sei, da ich im Gegentheil dieses, meiner Erfahrung zufolge, als die entschieden häufigste Thatsache ansehen muss.

Es wurden im Jahre 1859 im Krankenhause folgende Erkrankungen des Processus vermiformis gefunden:

Mehr oder minder vollständige Obliteration bei 9 männl., 11 weibl. Leichen: abnorme Anheftung durch neugebildeten Zellstoff bei 9 männl., 3 weibl., Catarrh der Schleimhaut bei 4 männl., 2 weibl., Catarrh mit gleichzeitiger Anwesenheit von älteren Kothconcrementen bei 18 männl., 11 weibl., Tuberkelgeschwüre bei 6 männl., 1 weibl.

Zweimal wurde ein fremder Körper als Kern des Kothsteins aufgefunden.

Bei einer männlichen Leiche war das Coecum mit dem Wurmfortsatze sehr hoch nach oben gelegen, so dass fast das ganze Colon adscendens fehlte. Bei einer weiblichen Leiche fand ich neben Obliteration des Processus vermiformis einen nicht umfänglichen mit eingedicktem, grauweissen Eiter gefüllten Peritonäal-Abscess, welcher sich während des Lebens durch kein Zeichen zu erkennen gegeben hatte.

Ich habe übrigens in meinem vorigen Berichte hervorgehoben, dass sowohl die Obliteration des Wurmfortsatzes, als auch die so

häufigen Ueberreste früherer Peritonitis in der Gegend des Coecum nicht ohne Weiteres als Folge der Durchbohrung des Wurmfortsatzes angesehen werden dürfen.

Im Gegensatze zum Jahre 1858 hatten wir im Jahre 1859 nur einen einzigen tödtlich verlaufenen Fall von Perforation des Processus vermiformis; in mehreren Fällen von umschriebener Peritonitis der rechten Fossa iliaca wurde die Perforation indessen vermuthet.

Periproctitis.

Ein Fall dieser Krankheit, ohne locale Prädisposition entstanden, welcher im Jahre 1859 zur Beobachtung kam, zeichnet sich durch den Beginn der Zellgewebserkrankung hoch innerhalb der Beckenhöhle und den dadurch herbeigeführten anfänglichen Irrthum in der Diagnose aus.

Der Kranke war ein 44jähriger Fabrikarbeiter und wurde am 21. Februar aufgenommen. Er litt seit dem 18. an heftigen Leibschmerzen und an Stuhlverstopfung, hatte ein fahles, cachectisches Aussehen und fieberte lebhaft. Der Leib war aufgetrieben, in der Coecalgegend schmerzhaft, es war hier indessen kein Exsudat nachweisbar. Der Kranke erbrach nicht, die Zunge war trocken. Bei der Aufnahme, wo der fieberhafte Zustand nicht so deutlich hervortrat, erregte der heftige Leibschmerz mit Stuhlverstopfung, ohne deutliche Peritonitis den Verdacht einer Bleicolik und wirklich gab der Kranke an, dass er seit elf Wochen auf einer Elbinsel in einer Fabrik beschäftigt gewesen sei, wo er viel mit Bleiglätte zu thun gehabt habe. Er erhielt demgemäss eine Abführung von Infus. Senn. compositum und 3stündlich Opium zu Grij. Der Leibschmerz liess nach, es erfolgte mehrmals flüssiger Stuhlgang, welcher jedoch nach Aussetzen des Laxaus sogleich wieder aufhörte. Inzwischen dauerte das Fieber fort, ebenso auch die Empfindlichkeit der Ilio-coecalgegend. Am 24. war der Kranke sehr collabirt und es zeigte sich unwillkührlicher Abfluss von Blut und dünner, für fäculent gehaltener Flüssigkeit aus dem Mastdarme. Der Kranke hatte mehr Leibschmerz und klagte über beschwerliches Urinlassen; durch den Catheter wurde wenig Urin entleert, eine ebenso geringe Quantität erfolgte später von selbst. Obwohl ausser einiger Aufgetriebenheit in der rechten Regio iliaca nichts wahrzunehmen war, so wurden wegen der fortdauernden Schmerzen hierher Blutigel gesetzt. Am 25. erbrach der Kranke mehrmals braungrünliche Massen und war sehr collabirt; aus dem Mastdarme floss beständig Blut und fäculente Jauche. Am 26. war die Empfindlichkeit des Leibes geringer, das Aussehen des Kranken besser, die Pulsfrequenz war auf 105 Schläge herabgesunken. Die Urinbeschwerden waren gleichfalls verschwunden. Der Abfluss aus dem Rectum dauerte fort. Am 27. erst zeigte sich Anschwellung am Perinaeum mit der bekannten brettähnlichen Härte, Fluctuation war nicht zu fühlen; aus zwei tiefen Incisionen

entwich etwas Gas und flüssige Fäcalmasse, aber kein Abscessinhalt. Der Puls war auf 92 Schläge herabgesunken. Am 1. März war die Infiltration auf die rechte Hinterbacke vorgeschritten, gleichzeitig zeigte sich eine harte Anschwellung oberhalb des Ligamentum Poupartii der rechten Seite, ohne Dämpfung des Percussionstons. Der Kranke collabirte bedeutend und starb am folgenden Morgen.

Bei der Section war kein Exsudat in der Peritonäalhöhle, mit Ausnahme einer dünnen, weichen, membranösen Schicht auf der Flexura iliaca, welche über dem Beckeneingang lag und etwas aus demselben hervorgehoben erschien. Die Harnblase war nicht im Geringsten erkrankt. Das Zellgewebe der Beckenhöhle an der rechten Seite des Rectum war bis zum Peritonäalüberzuge und hinter diesem längs der Gefässe hinauf bis zum untersten Lendenwirbel und ebenso am oberen Theile des rechten Oberschenkels necrotisch zerfallen. Das Rectum selbst war bis dicht oberhalb des Sphincter gesund, hier aber waren die Häute vollständig zerstört. Das Zellgewebe an der linken Seite des Rectum und der Beckenhöhle war unversehrt.

Peritonitis.

Peritonitis in Folge von Perforation wurde in mehreren Fällen beobachtet. Bei zwei weiblichen Kranken war die Perforation durch das runde Magengeschwür veranlasst. Die eine Kranke, ein 18jähriges Dienstmädchen, hatte früher viel an Cardialgie gelitten, und war am Tage vor der Aufnahme plötzlich an Peritonitis erkrankt; sie klagte vorzüglich über Schmerzen im unteren Theile des Rückens und wurde desshalb auch als an Lumbago leidend ins Krankenhaus geschickt, wo sie in 16 Stunden starb. Das perforirende Geschwür sass an der kleinen Curvatur in der Nähe des Pylorus, dicht neben demselben befand sich noch ein kleines Geschwür und ausserdem eine strahlige Narbe in der Schleimhaut. In dem anderen Falle hatte die Perforation schon länger bestanden und der Tod erfolgte durch hinzugetretene Pleuritis.

Die Kranke, ein 23jähriges Dienstmädchen von sehr anämischen Aussehen, wurde am 11. Februar aufgenommen. Sie hatte vor einem Jahre längere Zeit an Magenschmerzen gelitten, war darauf aber wieder besser geworden. Vor vier Wochen hatte sie wieder Magenschmerzen und Erbrechen, bald auch Blutbrechen und Abgang von schwarzen Blute mit dem Stuhlgang bekommen; in den letzten Tagen war sie unter Zunahme der Schmerzen sehr kurzathmig geworden. Das Epigastrium und das linke Hypochondrium war bei der Berührung sehr schmerzhaft; der Percussionsschall war an der linken Thoraxhälfte im unteren Theile vollständig gedämpft, vorn mit etwas tympanitischem Beiklange, oberhalb der gedämpften Stelle hörte man bronchiales Athmen, rechts war das Respirationsgeräusch verschärft. Das Herz war nach rechts gedrängt. Sie hustete mässig viel

und warf wenig aus. Es wurden 8 Blutigel in die Magengegend gesetzt und innerlich Opium gegeben. Der schon bei der Aufnahme sehr frequente Puls nahm noch an Frequenz zu, die Kranke ward unruhig und delirirte lebhaft; sie hatte mehrmals schwärzlichen, bluthaltigen Stuhlgang. Am 13. Februar starb sie.

Bei der Section wurde in der linken Pleurahöhle eine bedeutende Menge strohgelber, trüber Flüssigkeit mit weichen, gelblichen Gerinnseln gefunden. Die Lunge war an der Basis mit dem Zwerchfell durch eine weiche Exsudatmembran verklebt. In der Bauchhöhle war kein freies Exsudat. Oberhalb der kleinen Curvatur des Magens war eine vom Zwerchfell, dem linken Leberlappen und einem Theil der Milz begrenzte, mit schwärzlicher Flüssigkeit und Blutgerinnseln erfüllte Höhle, von welcher zwei Oeffnungen in den Magen führten. Die eine, mehr nach dem Pylorus gelegen, war rundlich, mit einem Wall von frischem, geronnenen Exsudate umgeben, der Substanzverlust ging von der Peritonäalhöhle aus trichterförmig nach innen, die Schleimhaut war hier nicht erkrankt; die andere war im Peritonäalüberzuge nur klein im Verhältniss zu dem grossen ovalen Geschwür, welches sich hier an der inneren Fläche des Magens fand. Der Grund des Geschwürs war grösstentheils durch das Pancreas gebildet und mit Ausnahmen einiger klaffender Gefässmündungen vollkommen vernarbt. Die Perforation hatte an dem Rande des Geschwürs dicht oberhalb des Pancreas stattgefunden.

Bei einer 36jährigen Lehrerin war die Perforation durch einen Gallenstein veranlasst.

Sie hatte schon längere Zeit an Magenschmerzen gelitten; drei Tage vor der Aufnahme nahm sie bei einem neuen Anfalle von Cardialgie etwas Branntwein mit Oel und bekam so unmittelbar darauf einen äusserst heftigen und seitdem anhaltenden Leibschmerz, dass sie befürchtete, sich zufällig vergiftet zu haben. Sie bekam gleichzeitig heftiges galliges Erbrechen. Bei der Aufnahme hatte sie die gewöhnlichen Erscheinungen einer heftigen Peritonitis; sie starb nach 24 Stunden. — Bei der Section fand man ausser den Zeichen einer allgemeinen Peritonitis eine Verwachsung des rechten Theils des Magens, des linken Leberlappens und des Colon transversum, welches letztere an den Winkel mit dem Colon ascendens besonders fest verwachsen war. Hier zeigte sich auf der Schleimhaut ein graugelbes mit derselben fest verbundenes Exsudat. Die Gallenblase war um einen walzenförmigen Stein fest contrahirt; letzterer war an der oberen und unteren Fläche glatt, sonst aber höckerig. An der inneren Fläche der Gallenblase war, der Berührungsfläche entsprechend, eine ringförmige Ulceration mit schiefergrauem Grunde, welche an zwei Stellen die Wandung vollständig perforirt hatte. Oberhalb des Steins war die Gallenblase mit einem schmutzig weissen, krümlichen Brei erfüllt. Die Schleimhaut des Ductus cysticus war in dem oberen Theile ganz blass, im unteren gallig gefärbt.

Einmal kam, wie schon weiter oben erwähnt wurde, Peritonitis durch Perforation eines Typhusgeschwüres vor. — Zwei-

mal entstand dieselbe durch Perforation von sogenannten catarrhalischen Geschwüren des Dickdarms.

Das einemal war dies bei einem 23jährigen öffentlichen Mädchen der Fall, welche bei der Aufnahme seit einem Vierteljahre an Durchfall mit blutigen Abgängen litt und bei der sich in der letzten Zeit ihres achtmonatlichen Aufenthalts im Krankenhause deutliche Zeichen von Lungentuberculose ausgebildet hatten. Man fand nur eine umschriebene Peritonitis der Beckenhöhle; zu der abgeschlossenen Höhle führten drei Oeffnungen in dem Rectum, welche durch buchtige, unregelmässige Geschwüre, ohne Tuberkelablagerung im Grunde oder in der Umgebung, herbeigeführt waren. Aehnliche, nicht ganz perforirende, aber sinuös in die Tiefe dringende Geschwüre fanden sich ausserdem noch im Rectum und dem unteren Theile der Flexura iliaca. In den Lungen waren Tuberkelhöhlen, und in vielen Organen sonst noch Tuberkelablagerungen. — Der Tod erfolgte durch Blutung aus Geschwüren der Blasenschleimhaut, in deren Grund oder Umgebung ebenfalls keine Tuberkelablagerung gefunden wurde; eines derselben hatte ein kleines Blutgefäss angefressen, dessen Mündung deutlich klaffend zu sehen war.

Der zweite Fall betraf einen Steuermann von 31 Jahren, welcher in Westindien sich einen ruhrartigen Durchfall zugezogen hatte an dem er seitdem öfter wieder zu leiden hatte. Er hatte dabei öfter Blut entleert. Er war so collabirt, dass er keine gehörige Auskunft geben konnte; seiner Angabe nach war er erst am Tage vor der Aufnahme wieder von blutigem Durchfall befallen. Er hatte wenig Leibschmerzen, der Puls war klein und frequent, die Zunge trocken. Im Krankenhause hatte er nur einmal Blutentleerung aus dem Mastdarm mit etwas Tenesmus. Er starb bald darauf, nachdem er nur 3 Stunden im Krankenhause gewesen war. — In der Beckenhöhle und in den Hypochondrien war peritonitisches Exsudat angesammelt; in der Flexura iliaca etwa 1½″ oberhalb des Rectum, war eine verschorfte Stelle im Peritonäalüberzuge, aus deren Mitte fäcuente Flüssigkeit hervordrang. In der Flexura iliaca waren mehrere rundliche Geschwüre, welche theils nur die Schleimhaut, theils auch die Muscularis zerstört hatten und in deren Grunde sich zum Theil necrotische Gewebsreste fanden. Die Schleimhaut war im Uebrigen wenig geröthet, aber etwas schwärzlich pigmentirt. Diese Geschwüre fanden sich auch noch weiter über den Dickdarm verbreitet. Nirgends fand sich Tuberkelablagerung, und überhaupt in den übrigen Organen keine wesentliche Veränderung.

Ein tödtlich verlaufener Fall von Perforation des Processus vermiformis und dadurch bedingter chronischer abgesackter Peritonitis wurde während des Lebens wegen der anfangs ganz undeutlichen Symptome nicht richtig erkannt.

Die 44jährige Wittwe eines Arbeitsmanns, sehr anämisch aussehend und abgemagert, früh gealtert, ward am 24. October aufgenommen. Sie klagte nur über Schwäche und Appetitmangel. Ihrer Erzählung nach

wollte sie bis zum 24. August verhältnissmässig gesund gewesen doch öfter an Metrorrhagieu gelitten haben. An jenem Tage ward sie von Unterleibsentzündung befallen, in deren Folge sie noch mehrere nicht näher zu ermittelnde Krankheiten bekommen hatte. Endlich wurde sie noch von Blattern befallen. Sie konnte sich trotz aller Pflege nicht erholen, ward im Gegentheil in den letzten Wochen noch schwächer. Sie konnte indess noch nach dem Krankenzimmer gehen, obwohl langsam und schwach. Der Puls war schwach, aber von normaler Frequenz, die Hauttemperatur normal; der Thorax war abgemagert, die Schlüsselbeingruben waren eingesunken, doch ergab die physicalische Untersuchung keine wesentliche Veränderung. Ebenso wenig war am Herzen etwas Abweichendes nachzuweisen. Die Dämpfung der Leber und Milz war klein, der Leib weich, vollkommen schmerzlos. Nirgends fand sich Anasarca; der Urin enthielt kein Eiweiss, es war kein Durchfall vorhanden. Die Vaginaluntersuchung liess ebenfalls keine wesentliche Veränderung wahrnehmen. Rechts vom Nabel sah man zwei rundliche kleine livide Narben, wie von Abscessöffnungen; es schien hier unter der Haut noch etwas Eiter angesammelt zu sein, doch war weder Spannung noch Schmerz vorhanden. Sie erhielt bittere Mittel und Eisen. Der Zustand veränderte sich anfangs nicht wesentlich, doch nahm die Schwäche eher noch zu und es stellte sich etwas Oedem der Füsse ein. Am 31. bekam sie Erbrechen und litt seitdem viel an Uebelkeit, erbrach auch in den folgenden Tagen dann und wann. Es bildete sich ein Hautabscess am Nacken, welcher bei der Eröffnung einen nicht sehr consistenten, aber doch gut aussehenden Eiter entleerte. Am 4. November stellte sich Durchfall ein, anfangs gelinder, in den folgenden Tagen heftiger; derselbe wurde durch Amylumklystiere beseitigt. Seitdem war der Puls frequent und klein geworden. Am 8. November klagte sie über ein Gefühl von Fülle im Unterleib; die desshalb vorgenommene Untersuchung ergab jetzt im rechten Hypochondrium eine wesentliche Veränderung gegen den Befund bei der Aufnahme. Es fand sich jetzt unterhalb des Rippenrandes eine glatte, härtliche Anschwellung, welche scharf abgesetzt endigte. Der gedämpfte Percussionston reichte von der Leber bis hier hinab, während anfangs die Leberdämpfung klein befunden war. Der scharfe Rand liess sich nicht bis ins Epigastrium verfolgen, obwohl der gedämpfte Schall bis hierhin ging. Bei genauer Untersuchung fühlte man unterhalb dieser Stelle eine Lücke in den Bauchmuskeln, über welcher der Percussionston tympanitisch war, wie auch im übrigen Theile des Leibes. Einer der oben erwähnten vernarbten Stellen am Bauche war aufgebrochen und entleerte etwas dünnen Eiter. Die Palpation des Leibes war hier schmerzhaft. Obwohl dieser Befund im Zusammenhange mit der Anamnese und dem Zustande zur Zeit der Aufnahme recht füglich zu der richtigen Diagnose hätte führen können, so hatte doch bisher der Gedanke an eine umschriebene Peritonitis zu fern gelegen; so dass es wahrscheinlicher schien, man habe anfangs die Untersuchung nicht hinreichend genau vorgenommen oder sei durch überliegende Darmschlingen getäuscht gewesen. Die Anschwellung nahm man für die Leber, die Lücke in den Bauchdecken für eine länger bestandene, bei der ersten Untersuchung übersehene Hernia ventralis. Die Kranke collabirte von

jetzt an mehr und mehr. Die Hautwassersucht nahm zu, der Puls ward klein und unfühlbar und die Kranke starb am 12. November, nachdem sie einige Zeit vor dem Tode bewusstlos dagelegen hatte. Erbrechen war seit dem 8. noch einigemal eingetreten, doch kein Durchfall wieder; die Oeffnung war vielmehr seitdem von dickbreiiger Beschaffenheit gewesen.

Bei der Section fand man, dass der Hautabscess der Bauchwand durch fistulöse Gänge mit einem sinuösen Eiterheerde in den Bauchmuskeln in Verbindung stand. Dieser communicirte mittelst zweier Oeffnungen mit einem abgesacktem peritonitischen Exsudate der rechten Bauchhälfte, welches das Zwerchfell zu einer schlaffen, in die Pleurahöhle hineinragenden Blase emporgehoben hatte, die Leber bedeckte, und gegen die übrige Bauchhöhle hin durch das Netz und die verklebten Darmschlingen begrenzt war. Die Wandungen der so gebildeten Höhle waren mit Fäcalmassen bedeckt; im Grunde sah man das durch mehrere Oeffnungen durchbohrte Coecum liegen, dessen Peritonäalüberzug stark blauschwarz pigmentirt war. Die Schleimhaut des Coecum zeigte indessen ebenso wenig, wie die des Dickdarms eine Erkrankung. Der Processus vermiformis war nicht weit von seinem Ursprunge durch Ulceration ganz abgetrennt; das untere Ende war in der Gegend des Psoas angeheftet. Die Schleimhaut des Processus vermiformis war geschwürig, die Ulcerationen erstreckten sich sinuös in die Häute hinein.

Bei einer 77jährigen Frau wurde zufällig ein älteres umschriebenes Exsudat in der Coecalgegend gefunden, welches keine Symptome erregt hatte. Das Coecum war mit den Dünndarmschlingen hier fest verwachsen, die rechte Tube war mit dieser Stelle in mehr lockerer Verbindung. Das Peritonaeum war sehr verdickt und die Verwachsung war nur schwer zu trennen. Der Inhalt der nach hinten liegenden kleinen Höhle war mit einer kalkmilchartigen Flüssigkeit erfüllt, und enthielt zottige, mit dieser infiltrirte Gewebsreste. Der Processus vermiformis war vollständig obliterirt. Die Schleimhaut des Coecum und Colon etwas hyperämisch, sonst unversehrt.

Bei einer 24jährigen Amme, welche in der funfzehnten Woche nach der Entbindung an Peritonitis erkrankt war, nachdem sie schon als Amme eine Zeitlang im Dienste gewesen, bildete sich eine Begrenzung des Exsudates in der Beckenhöhle und im linken Hypochondrium aus. Von letzterer Stelle aus wurde die Pleurahöhle durchbohrt und hier eine umschriebene Pleuritis gebildet, ebenso wurden die Weichtheile nach aussen von der Pleura her zerstört. Der Tod erfolgte erst zwei Monate nach der Aufnahme, zu welchem Zeitpunct sie schon über eine Woche an Peritonitis krank war. Die Nachgeburtsperiode hatte lange gedauert, und es hatten heftige Blutungen in derselben stattgefunden. Bei der Section fand man von der Milz nur kaum erkennbare Reste; beide Tuben waren mit jauchigem Eiter gefüllt.

Puerperale Peritonitis kam sonst noch bei zwei Kranken vor,

bei beiden einige Wochen nach der Geburt. Die Krankheit war in beiden Fällen wenig intensiv und wurde bald gehoben.

Peritonitis mit tödtlichem Ausgange kam ausserdem vor in Begleitung verschiedener Krankheiten, so bei Typhus ohne Perforation, bei Morbus Brightii, bei Variola, bei Hydrops in Folge von Herzfehler und dadurch bedingter erysipelatöser Entzündung der Bauchdecken, bei Carcinom des Uterus (4mal) und der Leber, bei Lebercirrhose und bei Tuberculose.

Eine Kranke welche an tuberculoser Peritonitis litt, wurde wegen der bedeutenden Spannung des Leibes zweimal punctirt; die Kranke glaubte schwanger zu sein und es liess sich nach der zweiten Punction der ausgedehnte Uterus deutlich fühlen. Vierzehn Tage nach der letzten Punction erfolgte Abortus. Die Kranke liess sich acht Tage später in höchst elendem Zustande nach ihrer Wohnung schaffen, wo sie bald starb. Die Section bestätigte die in der letzten Zeit der Krankheit gestellte Diagnose einer tuberculosen Peritonitis.

Eine andere Kranke, welche an tuberculoser Peritonitis litt, schien Anfangs ein chronisches Leberleiden zu haben.

Sie war ein Mulattenmädchen aus Westindien, hierher mit ihrer Herrschaft als Kinderwärterin gekommen und es lag die Diagnose eines Leberleidens um so mehr nahe, als dieses Organ vergrössert schien und hier bisweilen spontan Schmerzen auftreten. Sie war in den letzten Wochen vor ihrer Aufnahme schwach geworden und hatte den Appetit verloren, zeigte aber ausser einer Härte in der Lebergegend mit geringer Auftreibung des Leibes, sonst keine auffallende Krankheitserscheinnng. Etwa drei Wochen nach ihrer Aufnahme ward sie von starkem Durchfall mit Leibschmerz und Erbrechen befallen, wodurch sie ungemein collabirte, indessen innerhalb einer Woche sich wieder erholte und dann anscheinend in die Reconvalescenz eintrat. Der Leib war weich geworden, die Härte in der Lebergegend schwand bedeutend; die Kranke war sehr heiter geworden, während sie früher still und zurückhaltend gewesen war. Sie verliess das Bett und hatte Appetit. Seit dem Eintritte des heftigen Durchfalls hatte sie ziemlich regelmässige Oeffnung. Nachdem dieser Zustand von scheinbarer Besserung etwa einen Monat gedauert hatte, verlor sich der Appetit, die Abmagerung nahm rasch zu und sie musste sich wieder ins Bett legen. Etwa vierzehn Tage später starb sie an Erschöpfung ohne Hinzutritt eines neuen Symptoms.

Die Section wies bedeutende Verdickung des Peritonaeum mit Tuberkelbildung in den dasselbe bedeckenden Exsudatschichten nach; diese verklebten grösstentheils die Organe der Bauchhöhle mit einander In dem unteren Theile des Leibes und in der Beckenhöhle war eine abgegrenzte

Höhle, deren Wandungen mit Kothniederschlägen bedeckt waren. In einer Dünndarmschlinge zeigte sich, mit dieser Höhle nicht direct communicirend, sondern durch Exsudat und benachbarte Darmtheile verlegt, eine rundliche, die Darmwand durchbohrende Oeffnung, welche in der Schleimhaut am kleinsten, iu dem serösen Ueberzuge am Grössten war. Die Perforation hatte deutlich von der Peritonäalhöhle her stattgefunden. Im Darmcanal fanden sich weder Geschwüre noch Tuberkeln; die Lungen enthielten dagegen ziemlich viele Tuberkelinfiltrationen, waren an der Spitze fest verwachsen und enthielten hier ziemlich grosse Cavernen.

Auch dieser Fall hätte sich mit ziemlicher Sicherheit diagnosticiren lassen, wenn ihm die gehörige Aufmerksamkeit gewidmet und die Diagnose nicht gleich anfangs durch die Anschwellung in der Lebergegend, welche offenbar von peritonitischem Exsudate herrührte, sowie durch die climatische Disposition zu Leberkrankheiten, vom rechten Wege abgelenkt wäre.

Unter den Fällen von Peritonitis bei Carcinoma Uteri war einer, in welchem neben dem hämorrhagischen Exsudate sich eine beträchtliche Krebsablagerung auf dem ganzen Peritonaeum entwickelt hatte, so dass Krebsknoten zum Theil von der Grösse einer Kirsche auf der Peritonäalfläche des Zwerchfells sassen.

Residuen früherer Peritonitis wurden nicht selten gefunden; unter diesen auch einigemal die schon im vorigem Berichte erwähnten feinen, zottigen, Blutgefässe enthaltenden Excrescenzen, an deren Spitze man mitunter kleine Fibroide oder Tuberkelablagerungen findet. Diese Zotten sind aller Wahrscheinlichkeit nach das Product einer länger bestehenden, mässig intensiven Reizung des Peritonaeum; sie finden sich am häufigsten bei Tuberculose und haben ganz das Ansehen von organisirten Exsudaten, welche ursprünglich das Parietalblatt mit den Visceralblatt verklebten, aber durch die peristaltische Bewegung von ersterem losgetrennt sind.

Bei einer 72jährigen früheren Näherin, welche an Tuberculose starb, fand man die inneren Genitalien am Eingange der Beckenhöhle durch lockeres Zellgewebe angeheftet; im Douglas'schen Raume lag ein freies Fibroid von der Grösse eines Apricosenkerns. — Ein anderes Fibroid wurde zufällig bei der Section eines an Cholera verstorbenen 47jährigen Mannes gefunden. Dasselbe war kleiner, in der Mitte eingeschnürt, von knorplichter Consistenz, theils aus Fettgewebe, theils aus concentrischen verdichteten Bindegewebs-Schichten bestehend. Ob dasselbe ganz frei in der Bauchhöhle gelegen hatte, war nicht mit Bestimmtheit zu ermitteln, da

es beim Herausnehmen der Leber auf einmal entdeckt wurde. Die an einem mehr oder minder dünnen Stiel herabhängenden Lipome des Mesenterium sind wahrscheinlich häufig die Grundlagen solcher freien Fibroide.

Bei einer 26jährigen, sehr verwachsenen Näherin, welche an den Blattern kurz nach ihrer Entbindung starb, fand man zwei grosse Nadeln in der Bauchhöhle. Die eine hing an einem dünnen Strang am Fundus der Gallenblase; die andere war am linken Mesocolon befestigt. Beide waren blauschwarz von Farbe, etwas abgestumpft und mit einer dünnen Bindegewebsschicht bedeckt. Trotz sorgfältiger Untersuchung gelang es nicht, durch Auffindung von Narben den Weg auch mit einiger Wahrscheinlichkeit zu bezeichnen, auf welchem die Nadeln in die Bauchhöhle gekommen waren. Die Kranke litt an Melancholie und war auch schon früher auf der Irrenstation des Krankenhauses gewesen.

Peritonitis der Beckenhöhle in der Umgegend der inneren Sexualorgane ist eine häufige Erscheinung bei Prostituirten; die Krankheit geht leicht und rasch vorüber. Sie wurde im Jahre 1859 bei 27 öffentlichen Mädchen beobachtet. Ausserdem noch bei einem Dienstmädchen und wie schon oben erwähnt bei zwei weiblichen Kranken kurz nach dem Wochenbette.

Peritonitis in der Coecalgegend, oder Perityphlitis wurde ausser den schon erwähnten Fällen ohne tödtlichen Ausgang bei 8 männl., 2 weibl. Kranken beobachtet. Diese Fälle führe ich, obwohl die Diagnose nicht durch die Section bestätigt werden konnte, auf Darmperforation und zwar auf Perforation des Wurmfortsatzes zurück. Bestimmend für die Diagnose war der plötzliche Eintritt der peritonitischen Symptome und das durch Palpation und Percussion nachweisbare Exsudat. In einem der an weiblichen Kranken beobachteten Fälle, war bei der wiederholten Anwesenheit der Kranken im Krankenhause die stets zurückbleibende, mitunter sich vergrössernde Geschwulst in der rechten Iliacalgegend bald für einen umschriebenen peritonitischen Heerd bald für ein abscedirtes, angelöthetes Ovarium gehalten. Zuletzt ward die Kranke auf die chirurgische Station wegen einer in dieser Gegend entstandenen Kothfistel aufgenommenen und dadurch jeder Zweifel über die Natur der Geschwulst beseitigt. — Die Diagnose auf Peritonitis von Darmperforation und noch mehr die auf Perforation eines bestimmten Darmtheils bleibt natürlich immer nur eine Ver-

muthung und man wird, wenn auch in der Regel die Diagnose richtig sein wird, doch in manchen Fällen irren können. Glücklicherweise hat der Irrthum in der Diagnose keinen schädlichen Einfluss auf die Behandlung, wenn man eine Perforation annimmt. Die dadurch bedingte grössere Vorsicht in Bezug auf die gereichten Nahrungsmittel und auf stärkere Bewegungen kann dem Kranken keinen so wesentlichen Nachtheil bringen, als wenn man die Möglichkeit einer Darmperforation gar nicht bei der Behandlung in Betracht zieht.

Unter den Fällen, welche hierher gerechnet wurden zeichneten sich zwei Fälle bei männlichen Kranken aus: der eine durch die Heftigkeit der Erscheinungen im Anfange und durch die völlige Genesung, trotz der Zeichen eines abgesackten Exsudats mit Verschwärung der Wandungen, der andere durch die häufig erfolgenden Recrudescenzen, welche nach scheinbar gänzlicher Beseitigung des Exsudats, dasselbe immer wieder von Neuem entstehen liessen. Dieser Kranke überstand dabei glücklich die Blattern und die Cholera und ging endlich, dem Anscheine nach geheilt, ab.

Hinsichtlich der Behandlung der Peritonitis fand keine Abweichung von den Grundsätzen statt, welche ich in dem Berichte über das Jahr 1858 auseinandergesetzt habe.

Icterus.

Vom einfachen gewöhnlichen Icterus kamen 20 Fälle bei männl. und 3 bei weiblichen Kranken zur Behandlung. Ich habe schon in meinem vorjährigen Berichte die Gründe angegeben, aus denen ich Anstand nehme, die Bezeichnung „catarrhalischer Icterus" zu gebrauchen, da sie nur scheinbar eine exacte, in Wirklichkeit aber eine hypothesische ist. Noch weniger ist es gerechtfertigt, die schweren Formen des Icterus durch ihre Bezeichnung mit bestimmten anatomischen und chemischen Vorgängen in constanten Zusammenhang zu bringen, denn diese sind noch keineswegs in ihrer wahren Bedeutung, ob sie Ursache, Wirkung, oder mehr zufällige, begleitende Erscheinungen sind, festgestellt und es könnte sich selbst der acute Zerfall der Leberzellen beim Icterus vielleicht später noch als Folgezustand erweisen. Erfahrungsgemäss gesellt sich der Icterus mit den bedenklichen Hirnsymptomen zu ganz verschiedenartigen Zuständen, verhält sich aber, wenn er einmal eingetreten, fast immer auf gleiche Weise und macht die Hypothese einer Blutvergiftung, deren Symptome sich schon beim einfachen

Icterus andeuten, sehr verlockend. Da diese indessen bisher nicht nachgewiesen ist, so muss man sich des Namens Cholaemie, so bequem er auch wäre, noch enthalten, bis er, wie der der Pyaemie seine ursprüngliche Bedeutung, nämlich einer Erklärung, mit der einer kurzen Bezeichnung eines gewissen Symptomencomplexes vertauscht hat. Man thut so lange wohl am besten sich einfach des schon eingebürgerten Ausdruckes Icterus gravis zu bedienen.

Diese Krankheitsform zeigte sich 1859 im Hamburger Krankenhause in 5 Fällen; zweimal in acuter Form bei weiblichen, dreimal gegen das Ende chronischer Leberkrankheiten bei männlichen Kranken.

Die ersteren Fälle waren die folgenden:

Ein Dienstmädchen von 29 Jahren befand sich am Ende ihrer Schwangerschaft, als sie, angeblich in Folge einer sie heftig erschreckenden Nachricht, plötzlich icterisch wurde. Drei Tage darauf wurde sie bewusstlos und in diesem Zustande entbunden. Sie verlor dabei viel Blut und wurde, da die Blutung sich noch immer wiederholte, drei Tage nach der Entbindung, am 25. März, ins Krankenhaus gebracht. Sie war stark icterisch, sehr collabirt und völlig bewusstlos. Von Anasarca war keine Spur vorhanden; der Uterus war unvollkommen contrahirt und erschlaffte, wenn er durch Frictionen zur festen Contraction gebracht war, sehr bald wieder. Die Haut war kühl, der Puls klein und frequent. Nach einigen Gaben Tinct. Cinnamomi mit Opium hörte die Blutung auf und der Uterus blieb anhaltend contrahirt. Die Kranke war sehr unruhig, rief oft aut nach nicht anwesenden Personen, antwortete aber auf keine Frage. Die Ausleerungen gingen unwillkürlich ab. Am andern Morgen war der Zustand wenig verändert; die Kranke war noch ohne Besinnung, beschmutzte sich fortwährend und warf den Kopf häufig umher. Der Mund zeigte sich etwas verzogen, doch war nirgends eigentliche Lähmung zu entdecken. Der Leib war weich und schien unschmerzhaft, der Uterus war gut contrahirt. Die Leberdämpfung war verkleinert. Der Collapsus dauerte noch fort, aber in etwas geringerem Grade. Die Kranke erhielt innerlich Acidum muriaticum. Am dritten Tage erbrach sie häufig schwärzliche Massen, war aber allmählich mehr zu Bewusstsein gekommen und hatte jetzt willkürliche Ausleerungen. Die Fäces waren ohne gallige Färbung, der Urin dunkel grün; die icterische Färbung war noch von gleicher Intensität. Am vierten Tage war das Bewusstsein fast ganz frei: das Erbrechen hatte trotz einer Saturation mit Opiumtinctur und Spirit. muriatico-aethereus nicht aufgehört, die Kranke klagte über Schmerz im Leibe, hatte eine erhöhte Hauttemperatur und vermehrte Frequenz des schon ziemlich normal gewesenen Pulses. Nach Eisstückchen und Morphium hörte das Erbrechen auf, die Kranke schlief ruhiger und liess helleren Urin. Dennoch dauerten die Leibschmerzen fort, auch das Urinlassen war schmerzhaft, und im unteren Theil des Leibes liess sich durch die Percussion etwas Exsudat nachweisen. Gegen Abend des fünften Tages ward

die Kranke unruhiger, klagte über Zunahme des Leibschmerzes und delirirte etwas; nachdem sie mehr Morphium genommen, verminderten sich die Leibschmerzen und die Kranke ward ruhiger. Tags darauf war das Befinden besser, der Urin bedeutend heller, am Abend war wieder etwas Exacerbation vorhanden, aber nicht bedeutend. Das Aussehen der Kranken war etwas besser, obwohl der Icterus noch fortdauerte. Am 7. März wurden die Fäces wieder gallig gefärbt, der Urin war ziemlich hell geworden und die peritonitischen Erscheinungen waren fast ganz geschwunden. Die Kranke war aber noch äusserst schwach, die Zunge war mit Aphthen bedeckt. In den nächsten Tagen besserte sich der Zustand langsam, am 13. März trat aber Morgens ein Schüttelfrost von 10 Minuten Dauer ein. Die Kranke erhielt Chinin und der Frost kehrte nicht wieder; er war vielleicht nur Folge eines äusseren Einflusses, da er eingetreten war, bald nachdem das Bett der Kranken aufgemacht war. Von nun an traten zunächst keine bedenkliche Erscheinungen mehr ein; die Kranke erholte sich jedoch sehr wenig, sah immer anämisch und etwas icterisch aus und war sehr abgemagert. Sie verliess indessen zeitweilig das Bett und vertrug ein vorsichtiges, stärkendes Verfahren gut. Am 17. Mai bekam sie wieder Leibschmerz und Erbrechen und von der Zeit an traten fast beständig nach dem Genuss von Nahrungsmitteln Schmerzen im Magen und Erbrechen ein. Beim Gebrauch von Bismuthum nitricum mit Morphium verlor sich auch diese Affection allmählich; die Kranke befand sich ziemlich wohl, blieb aber immer mager und anämisch. Im September kehrte die Cardialgie und das Erbrechen noch einige Wochen hindurch wieder, dann erholte sich die Kranke mehr und war am 14. November soweit hergestellt, dass sie ihre Entlassung verlangte.

Eine 25jährige Plätterin wurde am 15. November aufgenommen. Sie war nach Aussage ihrer Begleiter vor acht Tagen entbunden; früher war sie wohl gewesen, nur hatte sie bisweilen nach dem Essen gebrochen. Am 14. war sie Mittags plötzlich bewusstlos geworden; ob sie Convulsionen gehabt hatte, war nicht mit Bestimmtheit zu ermitteln. Die Kranke war noch vollkommen bewusstlos und liess sich durchaus nicht erwecken; sie stöhnte beständig und stiess unarticulirte Laute aus; sie bewegte dabei die Extremitäten viel, ohne eigentliche Convulsionen. Die Pupillen waren gleichmässig weit und reagirten beide; die Augenlider waren schlaff, wie gelähmt; der Puls war klein, aber nur von 88 Schlägen in der Minute, die Haut war heiss; die Lippen waren trocken und rissig, die Zunge war nicht zu sehen; der Leib war weich, in der Ileo-Coecalgegend beim Druck etwas schmerzhaft; die Harnblase war ausgedehnt und musste durch den Catheter entleert werden, der Uterus war nicht zu fühlen, die Milz erschien vergrössert. Der Urin war nicht eiweisshaltig. Die starke icterische Hautfärbung, welche sich am anderen Tage zeigte, war am Abend, beim künstlichen Licht, nicht bemerkt worden. Sie erhielt zwölf Blutigel an den Kopf, ein Vesicans in den Nacken und ein Laxans aus Calomel und Jalapa. Das letztere Mittel bewirkte wenig Oeffnung, die Blutigelstiche bluteten anhaltend; ausserdem bekam die Kranke noch starkes Nasenbluten.

Der Puls war hierbei sehr frequent geworden, das Sensorium war durchaus nicht freier. Kalte Begiessungen und nasse Einwicklungen hatten ebenfalls keine Wirkung. Die Leberdämpfung erschien normal, nur im Bereiche des linken Lappens etwas geringer. Die Kranke starb schon am Abend des 16. November.

An dem wohlgenährten Körper waren an den abhängigen Stellen ausgebreitete Todtenflecke. An der Innenfläche des Stirnbeins waren dünne flache Osteophytbildungen; auf beiden Hemisphären unter der Dura Mater fanden sich nicht umfängliche Blutextravasate. Die Arachnoidea war opalisirend, unter derselben befand sich wenig Serum; in den Ventrikeln war wenig röthliches Serum. Die Pia Mater war mässig blutreich. so auch die Hirnsubstanz, deren Consistenz nicht vermindert erschien. Die Lungen waren nach hinten blutreich und stark serös infiltrirt, ohne sonstige Veränderung. Auf der hinteren Fläche des Herzens befanden sich mehrere ausgedehnte Ecchymosen; die Dimensionen des Herzens waren normal, an den Klappen war ebenfalls keine krankhafte Veränderung, in der rechten Herzhälfte befand sich wenig dunkles Blut. — Die Leber war wenig verkleinert, schlaff, von hell gelbbrauner, dem zerriebenen Rhabarber ähnlicher Farbe. Die gelbe Färbung zeigte sich am stärksten am unteren Theile des rechten Lappens, nicht allein auf der Oberfläche, sondern auch in der Tiefe, wo sie sich gegen den weniger gelben Theil in mehr rundlichen Abschnitten begrenzte. Die Leber zeigte neben der hellgelben Farbe an vielen Stellen eine bläulichrothe Injection; die Acini traten hellgelb aus einer mehr graubraunen, schlaffen Umgebung hervor. Die Pfortaderäste waren mit dunklem, geronnenen Blute angefüllt. Die Gallenblase war schlaff und nur mit einer geringen Menge schleimiger, trüber, hellgrüner Flüssigkeit angefüllt. — Die Milz war vergrössert, weich, von schmutzig rother Farbe. — Die Nieren waren schlaff, die Corticalsubstanz durch ihre helle, rothgelbe Färbung stark gegen die Pyramidensubstanz abstechend, doch ohne sonstige macroscopisch sichtbare Veränderung. — Im Magen fand sich eine granschwarze Flüssigkeit; die solitairen Drüsen des Dünndarms waren in geringem Grade geschwellt. Der Dickdarm enthielt graugelben, lehmartigen Koth. — Der Uterus war schlaff, ziemlich gross; der Placentar-Ansatz nach hinten und oben. Die Harnblase enthielt dunklen Urin mit weisslichen Flocken.

Bei der microscopischen Untersuchung der Leber zeigten sich frei im Gewebe und in den Zellen grosse Fetttropfen. Die Leberzellen waren theilweise mit hellgelbem Pigment erfüllt; ausserdem hatten sie einen feinkörnigen Inhalt und undeutliche Umrisse; an mehreren Stellen waren sie zerfallen, vorzüglich in den oben beschriebenen, bei macroscopischer Untersuchung graubräunlich und schlaff erscheinenden Partieen. Leucin fand sich weder in der Leber, noch im Harne bei der microscopischen Untersuchung.

Die Erscheinungen des Icterus gravis fanden sich in den übri- Fällen bei Lebercirrhose. In allen Fällen verminderte sich der

Umfang der Leber mit dem Auftreten der Hirnsymptome bedeutend: dies war besonders in den Fällen sehr bemerkbar, wo vorher die Leber noch vergrössert erschien. In keinem dieser Fälle hatte die Leber indessen bei der Section die eigenthümliche Beschaffenheit, wie ich sie früher gesehen habe, wenn die acute Atrophie einzelne Abschnitte einer chronisch-erkrankten Leber befällt, wo die citronengelben, schlaffen Stellen in auffallender Weise gegen das übrige Gewebe contrastiren. Delirien in Sopor übergehend, Schmerz in der Lebergegend und im Leibe, Blutungen, theils nach aussen, theils in der Form von Ecchymosen innerer Organe und acute Schwellung der Milz waren fast in allen Fällen zugegen. Bei zwei Kranken, einem 14jährigen Knaben und einem 42jährigen Arbeitsmanne nahmen die Hirnsymptome den Charakter der Manie an. Bei dem ersteren begannen die Störungen der Intelligenz zwei Tage vor Ausbruch der Manie mit einem streitsüchtigen Wesen, was bei dem Alter des Kranken anfangs für Unart genommen wurde. In zwei Fällen war der Verlauf auf wenige Tage beschränkt, in einem, bei einem 38jährigen Schneidergesellen, der Blutungen aus verschiedenen Organen hatte, dauerte er etwas länger.

Die amyloide Degeneration war in zwei Fällen in ausgezeichnetem Grade entwickelt; einmal bei einem Knaben mit tuberculöser Schädelcaries und das andere Mal bei einem alten Bewohner der Siechenstation, welcher seit vielen Jahren an einem grossen Beingeschwür gelitten hatte.

In der letzten Zeit hat man in Frankreich auf eine eigenthümliche Form von Hydrops aufmerksam gemacht, welcher sich zu Leberkrankheiten gesellt und ohne Albuminurie auftritt. (S. Gazette des hôpitaux 1860 vom 21. Juli und 4. August.) In diesen Fällen ist nur das stärkere Hervortreten von Hautwassersucht ungewöhnlicher. Jedoch glaube ich nicht, dass diese Fälle als eine besondere Form aufgefasst zu werden verdienen, ehe nicht nachgewiesen ist, dass eine bestimmte Lebererkrankung, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, von diesem Symptom begleitet ist. Solcher Fälle wurden im Jahre 1859 zwei bei weiblichen Kranken behandelt und geheilt. Bei beiden war gleichzeitig Icterus zugegen; in dem einem Falle fühlte man unter der Lebergegend eine längliche, harte, während der Dauer des Ascites etwas ballotirende Geschwulst, die später in der Tiefe des rechten Hypochondrium fast verschwand. Die im Jahre 1860 nach Wiederaufnahme des Kranken gemachte

Section ergab, dass der Tumor nur der abgeschnürte vordere Rand des rechten Lappens einer cirrhotischen Leber gewesen war. Der andere Fall wurde bei einem 20jährigen öffentlichen Mädchen beobachtet, welche in kurzer Zeit dreimal an Icterus erkrankt war und eine abnorm kleine Leberdämpfung hatte, ohne aber die Zeichen einer bedeutenden Atrophie darzubieten. In diesem Falle verschwand die Hautwassersucht zuletzt durch heisse Luftbäder. Muthmasslich war in diesem Falle auch Lebercirrhose vorhanden.

Der gummösen Ablagerungen habe ich schon weiter oben erwähnt.

Krebs der Leber wurde bei 2 männl. und 3 weibl. Kranken beobachtet; derselbe war nur in zwei Fällen primär, in den übrigen secundär und zwar einmal in Folge von Lungenkrebs, einmal von Magenkrebs, einmal von Carcinom der Retroperitonealdrüsen.

In einem der ersteren Fälle war die Form des Krebses die fibröse, so dass die Leber etwas geschrumpft und wie von schwieligem Zellgewebe gleichmässig durchsetzt erschien. Die gleichzeitig vorhandenen Krebsknoten, welche sich meist allmählich in dieses Gewebe verloren, bewiesen schon ohne microscopische Untersuchung hinlänglich die Natur der Affection.

Echinococcussäcke wurden zweimal zufällig gefunden; in dem einen Falle waren zwei Säcke in Vereiterung begriffen, in dem andern war ein Sack mit knorpelharter Wandung vorhanden, in welchem theils Detritus, theils platt an einander gedrückte Echinococcusblasen befindlich waren.

Die gewöhnlich mit dem Namen Cirrhose bezeichnete Lebererkrankung wurde bei 14 männl. und 2 weibl. Kranken behandelt: 2 männl. und 1 weibl. wurden ungeheilt und gebessert entlassen: die übrigen starben. In acht Fällen war Icterus vorhanden.

Krankheiten der Harnorgane.

Morbus Brightii.

Obwohl man darüber einig ist, dass die frühere Auffassung welche alle von Albuminurie und Hydrops begleiteten Nierenerkrankungen für verschiedene Stadien desselben Krankheitsprocesses hielt, den sorgfältigen Forschungen neuerer Zeit gegenüber nicht länger haltbar ist, so herrscht doch keineswegs Einigkeit darüber wie die verschiedenen unter dem Namen Morbus Brightii zusam

mengefassten Krankheitsformen zu trennen sind, ob gewisse Veränderungen das Endresultat verschiedener Processe oder nur eines einzigen besonderen sind, vor Allem aber streitet man sich über die Veränderungen, welche durch die verschiedenen Processe in dem klinischen Bilde der Krankheit hervorgebracht werden. Dass solche vorhanden sind und dass es später gelingen wird, eine Ordnung in die vielfach abweichenden Erscheinungen beim Morbus Brightii zu bringen, ist nicht zu bezweifeln, bis jetzt aber ist es noch nicht gelungen, eine solche zu allgemeiner Anerkennung zu bringen. Die grosse Schwierigkeit liegt darin, dass für die genaue Beobachtung microscopische und chemische Erforschung unentbehrlich ist und diese, namentlich die erstere, nicht leicht von jedem Arzte in zuverlässiger Weise gemacht werden können. Die microscopische und chemische Erforschung kann aber eben so wenig allein solche Fragen lösen, sondern es ist die Mitwirkung des Klinikers hier ebenso unentbehrlich. Ein Zusammenwirken beider Kräfte ist fast allein in den wissenschaftlichen Bildungsanstalten zu erreichen, der einzelnstehende Arzt muss sich dagegen hüten, unvollständige Beobachtungen als zuverlässige zu betrachten und für brauchbares Material zur Entscheidung solcher Fragen auszugeben. Ich ziehe es desshalb vor, die Fälle von Morbus Brightii, welche im Krankenhause vorkamen, nicht anders, als nach dem mehr acuten und chronischen Verlaufe einzutheilen und keinen Versuch zu machen, dieselben nach verschiedenen Krankheitsprocessen zu ordnen.

Es kamen im Jahre 1859 bei weitem mehr acute Fälle zur Behandlung, als im Jahre vorher, nämlich bei 10 männlichen und 1 weiblichen Kranken; es starben zwei männliche Kranke, die andern wurden geheilt entlassen. Zwei männliche Kranke hatten Hydrops und Albuminurie nach Scharlach und boten keine beunruhigenden Erscheinungen dar; die weibliche Kranke war muthmasslich auch in Folge von Scharlach erkrankt, doch liess sich diese Vermuthung nicht sicher begründen. Die Erscheinungen waren in diesem Falle bedenklicher.

Die Kranke, ein 14jähriges Mädchen, erkrankte am 12. Januar mit Fieber, Brustschmerzen und Husten; sie hatte ihrer Angabe nach Röthe auf der Haut gehabt und der Arzt hatte den Verdacht eines Scharlachexanthems ausgesprochen. Als sie am 15. Januar ins Krankenhaus kam, war kein Exanthem zu entdecken. Die Kranke klagte über Schmerzen in der Brust, vorzüglich auf der linken Seite; es war nirgends Dämpfung des Percussionstons wahrzunehmen, das Athmungsgeräusch war etwas verschärft und von vielen Rasselgeräuschen begleitet, das Fieber ziemlich

lebhaft. An den Unterschenkeln und den Augenliedern war eine unbedeutende ödematöse Anschwellung zu bemerken. Der Urin war trübe und etwas dunkel, enthielt viel Eiweiss, etwas Vaginalepithel und Exsudatcylinder. Nach einer Auflösung von Nitrum mit Tartarus stibiatus ward die Brust freier und das Fieber geringer; der Brechweinstein bewirkte einige flüssige Stuhlausleerungen und anfangs kein Erbrechen. Am 19. erbrach sie einigemal und bekam bald darauf dreimal allgemeine Convulsionen mit Bewusstlosigkeit in den Zwischenräumen. Später kehrte das Bewusstsein wieder, wobei die Kranke über lebhaften Kopfschmerz klagte. Der Kopf war heiss, der Puls sehr beschleunigt; das Oedem war fast ganz verschwunden. Nach Blutigeln am Kopfe, einer Eisblase und einem starken Laxans aus Calomel und Jalapa verminderte sich der Kopfschmerz, das Erbrechen kehrte noch wieder, die Krampfzufälle blieben aber aus. Das Befinden besserte sich rasch, am 25. Januar war der Urin klar und ohne Eiweissgehalt und von der Zeit an schritt die Reconvalescenz rasch fort. Desquamation trat nicht ein.

Vier Fälle, unter denen ein tödtlicher, verliefen ohne hydropische Anschwellung.

Ein 56jähriger Tischler, von ziemlich kräftigem Aussehen ward am 15. Februar, acht Tage nach dem Beginn seiner Krankheit aufgenommen. Er wollte schon mehrmals an Durchfall mit Fieber krank gewesen sein; auch diesmal hatte seine Krankheit so begonnen. Ausser häufigen Durchfällen, welche ein starkes Gefühl der Erschöpfung veranlassten, hatte er noch Husten und Schmerz in der linken Brusthälfte. Er war etwas dyspnoisch; die physicalische Untersuchung liess nur die Zeichen eines Catarrhs mit Emphysem entdecken. Das Sensorium war etwas benommen, seine Aussagen waren etwas verwirrt; das Gesicht war eingefallen, die Haut kühl, der Puls war etwas klein und machte 72 Schläge, die Zunge war schmutzig braun belegt, vorn sehr roth, der Leib war beim Druck nicht empfindlich und nicht aufgetrieben. Der Stuhlgang war dunkelbraun, nicht ganz dünn, nahm aber trotz einer Solutio Gummosa mit Opium zu, und verband sich mit Tenesmus. Die Abgänge wurden ganz dünn, theils dunkelgrün gefärbt, theils bluthaltig, dabei häufig, aber nicht reichlich. Der Collapsus nahm zu, der Puls blieb langsam und klein, es bildete sich auf dem Kreuzbein eine Hautabschürfung; die Zunge ward trocken. Es gelang weder durch Tannin den Durchfall zu mässigen, noch durch Campher den Collapsus zu beseitigen, der Kranke starb vielmehr am dritten Tage nach seiner Aufnahme. Nirgends war eine ödematöse Anschwellung wahrzunehmen gewesen, der Urin war nicht ohne Durchfall abgegangen und so war durchaus keine Nierenerkrankung vermuthet. — Bei der Section fand man an der Spitze des oberen linken Lungenlappens eine nicht ausgedehnte graue Hepatisation, in den übrigen Lungenpartieen theils Emphysem, theils seröse Infiltration; die Bronchialschleimhaut war geröthet, die kleineren Bronchialverzweigungen waren erweitert. — An der Mitralklappe war eine nicht bedeutende Verdickung, die linke Herzhälfte erweitert, der linke Ventrikel hypertrophisch. Die Leber war ziemlich

gross, etwas fetthaltig. Die Milz gross, schlaff, weich, die Pulpe schmutzig, weiss und dunkelroth marmorirt. Die Nieren voluminös, auf der Oberfläche etwas granulirt und mit narbigen Vertiefungen versehen; die Rindensubstanz war aufgelockert, röthlich weiss, mit streifigen und sternförmigen Injectionen der grösseren Capillaren, die Pyramiden waren sehr blutreich. Die Magenschleimhaut war wenig geröthet, die Dünn-Darmschleimhaut zeigte wenig Veränderung, obwohl der Inhalt des Dünndarms etwas blutig war. Die Schleimhaut des Colon in seiner ganzen Länge war dunkelroth und aufgelockert, mit flüssigem Koth und Schleim bedeckt. In der zusammengezogenen Blase war wenig trüber Urin.

Wenn gleich die etwas granulirte Oberfläche der Nieren und die narbigen Einziehungen auf derselben eine frühere Erkrankung der Nieren andeuten, so konnte diese doch nur gering gewesen sein, da die Corticalsubstanz sonst nicht hätte so anschwellen können. Der Mangel einer für den tödtlichen Ausgang hinreichend entwickelten Affection eines anderen Organs führt überdies auf die Nierenerkrankung zurück, mit welcher sich sowohl die nicht bedeutende Pneumonie als der acute Darmcatarrh ganz ungezwungen verbinden lässt.

In drei der übrigen Fälle war ausser dem Fieber nur ein acuter gastrischer Catarrh zugegen.

Ein ziemlich rüstiger Goldschmiedsgehülfe, seit seiner ersten Kindheit an Ectropium der unteren Augenlieder in Folge der Masern leidend, wurde am 13. Juli aufgenommen. Er war im Uebrigen bis vor vier Tagen gesund gewesen, dann aber mit einem gelinden Frost und heftigem Kopfschmerz erkrankt; der Appetit verschwand gleichzeitig, der Stuhl war zurückgehalten. Ein Abführmittel hatte ihn nicht erleichtert, namentlich hatte das Fieber fortgedauert. Die Symptome waren bei der Aufnahme wie an den vorhergehenden Tagen; das Fieber war ziemlich lebhaft, die Zunge wenig belegt, der Kranke klagte über Kopfschmerz und ein Gefühl von Hitze im Kopf, hatte wenig Schlaf, viel Durst. Er erhielt eine Potio Riverii mit Infus. Senn. Am 18. Juli, als der Kranke sich etwas besser befand, fiel erst das dunkle Aussehen des Urins auf; dieser enthielt etwas Gallenfarbestoff, viel Eiweiss und einzelne Exsudatcylinder. Der Kranke hatte seinen Urin nicht beachtet und konnte nicht angeben, wie lange derselbe schon die dunkle Farbe hatte. Die Conjunctiva war sehr unbedeutend gelb gefärbt. Schmerzen in der Lumbargegend waren weder spontan, noch beim Druck vorhanden, hydropische Anschwellung war nirgends zu entdecken. Der Kopfschmerz war geringer und die Hauptbeschwerde des Kranken war ein übler Geschmack in Munde. Das Fieber hatte aufgehört. Er erhielt Schröpfköpfe in den Rücken, innerlich Liq. Ammon. acet. mit Tartarus boraxatus. Der Zustand blieb im Wesentlichen derselbe bis zum 30. Juli, wo der Urin heller ward und weniger Eiweiss enthielt. Am 31.

war der Eiweissgehalt verschwunden; am 13. August wurde der bis dahin reconvalescente Kranke von Magenschmerzen, Kopfschmerz und Schwindel befallen; der Urin ward wieder dunkler und eiweisshaltig, enthielt aber keine Exsudatcylinder. Es zeigte sich jetzt für einige Tage eine leichte icterische Hautfarbe. Dieser Rückfall ging rasch vorüber und der Kranke befand sich wieder ganz wohl. An 23. August ward er auf seinen Wunsch entlassen. Der Urin hatte dann und wann noch eine geringe Spur von Eiweiss gezeigt.

Ein 23jähriger Schustergesell, von kräftigem Körperbau, mit chronischem Ausfluss aus dem rechten Ohre und hypertrophischen Tonsillen, wurde am 28. Juli aufgenommen. Er hatte sich bis zum 26. wohl gefühlt und war dann von Schwindel, Appetitmangel und gelinden Fiebererscheinungen befallen. Die Zunge war belegt, der Stuhlgang regelmässig, der Leib nirgends empfindlich, der Kranke klagte über Schwere im Rücken, liess dunkelbraunen, sauer reagirenden Urin, welcher Eiweiss, Blutkörperchen, Epithelzellen und Exsudatcylinder enthielt. Er erhielt anfangs Infus. fl. Sambuci mit Liq. Ammon. acet. später Tartarus boraxatus. Der Blutgehalt des Urins nahm in den nächsten Tagen ab, am 4. August ward der Urin heller und hatte einen geringeren Eiweissgehalt: dieser war am 12. schon fast ganz geschwunden. Das von Anfang an geringe Fieber hatte bald aufgehört, die Eingenommenheit des Kopfes der Schwindel, der Appetitmangel und der Zungenbelag dauerten länger an; ab und an zeigte sich auch Erbrechen. Zu keiner Zeit hatte der Kranke hydropische Anschwellungen. In der letzten Zeit seines Aufenthalt litt er etwas an Urticaria. Er wurde am 3. September geheilt entlassen.

Ein 34jähriger Schustergesell hatte zu Anfang des Monats October einen heftigen Aerger gehabt und dabei viel Spirituosa getrunken. Der in Folge hiervon entstandene Magencatarrh wollte indessen nicht weichen und nöthigte ihn, sich am 12. October ins Krankenhaus aufnehmen zu lassen. Er klagte über Appetitmangel, Druck im Epigastrium und öftere Erbrechen; die Zunge war weiss belegt, der Stuhlgang etwas retardir und ein geringes Fieber vorhanden. Von früher her litt er häufig an Bronchialcatarrh mit den Erscheinungen des Lungenemphysem, diesmal hatte er indessen nur wenig Husten. Nach einer Salmiakauflösung mit Senna hörte das Erbrechen auf und die Zunge fing an sich zu reinigen am 14. ward der Urin dunkelbraun, mit einer etwas grünlichen Beimischung sedimentirte stark und zeigte einen reichlichen Eiweissgehalt. Das Fieber nahm zu und der Kranke klagte über Schlaflosigkeit. Am 18. wurde der Urin heller, enthielt aber noch viel Eiweiss; gegen Ende des Monats nahm letzteres allmählich ab und am 4. November war es ganz verschwunden. Gleichzeitig hatte das Fieber abgenommen und die gastrischen Symptome hatten sich verloren. Am 14. November ward er entlassen; es war niemals Oedem vorhanden gewesen.

In dem fünften Falle, bei einem 41jährigen Heizer, war heftiger paroxysmenweise auftretender Husten mit wässerigem Auswurf und Schmerz in der rechten Brusthälfte seit einigen Tagen vorhanden, ohne dass sich die physicalischen Erscheinungen von Pneumonie oder Pleuritis zeigte

Dazu gesellten sich Fiebererscheinungen und nächtliche Unruhe. Der Urin war eiweisshaltig und enthielt einzelne Exsudatcylinder. Die Zunge war stark belegt und der Appetit fehlte. Der Zustand besserte sich in wenigen Tagen unter Gebrauch von Tartarus stibiatus.

Die übrigen Fälle waren mit Anasarca verbunden, dies war aber, mit Ausnahme eines tödtlichen Falles, erst vor Kurzem entstanden; bei zwei Kranken gingen den hydropischen Erscheinungen die Zeichen eines gastrischen Catarrhs voraus, bei einem Dritten die des Lungencatarrhs. In dem vierten, tödtlichen Falle war starke Pleuropneumonie der rechten Seite vorhanden, welcher der Kranke am zweiten Tage seines Aufenthalts im Krankenhause erlag. Die Nieren waren gross, die Corticalsubstanz weiss, mit zahlreichen kleinen, gelblichen Puncten durchsetzt, welche etwas über der Schnittfläche emporragten. — Von den geheilten Fällen kam einer im Jahre darauf mit einer anderen Affection ins Krankenhaus und man konnte sich überzeugen, dass die Heilung des Morbus Brightii vollständig gewesen war.

Zweimal wurde subacuter Morbus Brightii bei Endocarditis gefunden.

Mehr chronisch verlief der Morbus Brightii bei 15 männl., 9 weiblichen Kranken, welche alle hydropisch waren. Von diesen starben 9 männl., 7 weibl. Kranke. Herzkrankheiten wurden öfter gefunden; theils waren sie, wie bei Klappenfehlern, offenbar die primäre Affection, öfter, wie schon erwähnt, war Hypertrophie des linken Ventrikels ohne Klappenfehler gleichzeitig mit Schrumpfung der Nieren vorhanden. Ich suspendire mein Urtheil in diesen Fällen über die Abhängigkeit der einen Affection von der andern. — Einigemal war der chronisch verlaufende Morbus Brightii mit Tuberculose der Lungen und des Darmcanals complicirt, wo dann meist amyloide Degeneration gefunden wurde. — Einmal war die Brightsche Krankheit zu einem fünf Jahre dauernden Diabetes hinzugetreten. Die Urinmenge hatte abgenommen, der Urin war bräunlich, mit einem Stich ins Schwärzliche. Die Nieren zeigten sich bei der Section vergrössert, die Oberfläche granulirt, mit narbigen Vertiefungen; in den Pyramiden waren Ablagerungen von Harnsalzen. Der Zuckergehalt war dabei ziemlich beträchtlich geblieben.

Die amyloide Degeneration fand sich bei 5 männl., 1 weibl. Leiche sowohl bei vergrösserten, als geschrumpften Nieren.

Beim chronischen Morbus Brightii kamen natürlich bisweilen **urämische Symptome** vor.

Bei zwei scoliotischen Kranken führte urämische Eclampsie das Ende herbei. In dem einen Falle, bei einem 22jährigen Cigarrenarbeiter, waren zwei Wochen vor dem Tode schon einmal Hirnerscheinungen aufgetreten, aber wieder verschwunden. Drei Tage vor dem Tode traten heftige Kopfschmerzen mit Fieber ein; am Abend vor dem Tode kamen wiederholte Anfälle von Eclampsie hinzu. Die Nieren waren noch ziemlich gross und stark fettig entartet. — In dem anderen Falle war die hydropische Anschwellung gering gewesen und die Kranke wurde erst wegen der Eclampsie ins Krankenhaus geschickt. Das Sensorium war anfangs in den Zwischenräumen noch etwas frei, später lag sie zwei Tage in vollständigem Coma. Sie hatte in den Anfällen sich die Zunge zerbissen und diese blieb zuletzt zwischen den Zähnen bei krampfhaft geschlossenen Kinnladen eingeklemmt, ohne dass man sie reponiren konnte. Beide Nieren waren ausserordentlich stark geschrumpft.

Urämie ohne Hydrops, durch Atrophie der Nieren bedingt verlief bei zwei weiblichen Kranken tödtlich.

Eine 34jährige Malers Wittwe ward am 27. April in ganz bewusstlosem Zustande ins Krankenhaus gebracht. Das begleitende Attest lautete auf Eclampsie, die Dauer der Krankheit ward auf 14 Tage angegeben; nach Aussage der Begleiter war sie seit 5 Tagen bewusstlos. Sie sah blass und im Gesichte etwas gedunsen aus, ohne ödematös zu sein. Die Augen waren geschlossen, beim Eröffnen der Lider zeigten sich dieselben etwas injicirt,' die Pupillen waren von mittlerer Weite, der Mund war fest geschlossen. Der Puls klein und frequent; der Leib weich, zusammengefallen; die Ausleerungen waren unwillkührlich. Bald nach der Aufnahme erfolgte ein ziemlich starker Anfall von allgemeinen Convulsionen. Nach einer kalten Begiessung und Eisumschlägen auf den Kopf, schien etwas Bewusstsein wieder zu kommen; die Kranke antwortete wenigstens auf einige Fragen mit „Ja“. Sie erhielt ein Vesicator in den Nacken und dreistündlich Calomel zu Grij. Ein Krampfanfall erfolgte nicht wieder, die Kranke ward aber bald wieder ganz comatös und starb am Abend des folgenden Tages. Der am Morgen durch den Catheter entleerte Urin war blass, etwas trübe, stark eiweisshaltig und enthielt bei microscopischer Untersuchung viel fettig entartete Epithelzellen der Harncanälchen und des Nierenbeckens, keine Exsudatcylinder, aber Tripelphosphate. — Bei der Section zeigte sich die Leiche ziemlich gut genährt. Das Schädeldach war blass, in den Sinus war flüssiges Blut mit geringen Faserstoffgerinnseln; das Gehirn turgescirte, die Windungen erschienen abgeplattet, im Subarachnoidealraum war wenig Serum, ebenso wenig an der Schädelbasis, mehr indessen im Rückenmarkscanal. Die Gehirnsubstanz war nur mässig blutreich, das Blut sehr dünnflüssig; die Ventrikel waren fast leer, die Plexus choroidei blass, das Ependym und die angrenzende Marksubstanz etwas verdichtet und zähe, das Ependym des vierten Ventrikels war etwas granulirt. — Die Lungen zeigten, ausser starker seröser Infiltration und Röthung der Bronchialschleimhaut nichts Abnormes. — Am

Herzen war keine wesentliche Veränderung zu bemerken, doch zeigte sich die Musculatur sehr blass und die Spitzen der Papillarmuskeln des linken Ventrikels waren etwas schwielig. — Die Leber erschien am vorderen Rande etwas geschrumpft, auf der Schnittfläche gleichmässig blassbraun; die Galle war hell und braungelb. Die Milz klein, schlaff, braunroth, mit deutlich hervortretenden Malpighischen Körpern. — Beide Nieren waren geschrumpft, auf der Oberfläche mit kleinen gelbweissen Granulationen besetzt, daneben zeigten sich flache unregelmässige Vertiefungen. An einzelnen Stellen der röthlichweissen, schmalen Corticalsubstanz befanden sich grössere, rothe, rundliche Ablagerungen mit einem gelbweissen Centrum. In dem Nierenbecken trüber Schleim. In der Harnblase war wenig braungelber, ziemlich klarer Urin. — Das rechte Ovarium war mit der Tube verwachsen und enthielt mehrere Cysten mit blutreichen Wandungen; im linken befand sich ein ziemlich frisches Corpus luteum.

Eine 22jährige Näherin ward am 9. Juli aufgenommen. Sie sollte seit 14 Tagen blass und etwas gedunsen ausgesehen und viel über Kopfschmerz geklagt haben und hatte sich dabei allgemein unwohl gefühlt. Einige Tage vor der Aufnahme waren Anfälle von Eclampsie eingetreten, welche sich sehr häufig wiederholten. Ihr Aussehen war blass und etwas gedunsen, doch war nirgends Oedem vorhanden, die Augen waren geschlossen, die Pupillen reagirten gut, die Conjunctiva war weissgelblich gefärbt. Die Lippen waren braun und trocken, der Mund war fest zusammen gekniffen; der Puls war langsam und regelmässig, die Respiration stertorös. Der Leib war weich und hatte Narben früherer Schwangerschaft. Die Kranke lag in tiefem Coma und bekam häufige Krampfanfälle; die Ausleerungen waren unwillkührlich. Der mit dem Catheter entleerte Urin war röthlich, etwas trübe, von mässigem Eiweissgehalt und enthielt einzelne Exsudatcylinder. Die an den Kopf gesetzten Blutigel bluteten sehr lange nach; kalte Begiessungen, starke Gaben Calomel, ein Vesicator in den Nacken und auf den geschorenen Scheitel blieben ohne die geringste Wirkung; die Kranke starb am zweiten Tage. — Der Körper war gut genährt. Der lange schmale Schädel war dick und schwer; auf der inneren Fläche der Dura Mater war ein geringes gallertartiges, durchscheinendes Exsudat. Die Arachnoidea war nicht getrübt, unter derselben war nur an wenigen Stellen etwas Serum. Die Hirnwindungen erschienen etwas abgeflacht, das Gehirn turgescirte ziemlich stark; die Ventrikel waren fast leer; der Fornix war etwas weich. Der Blutreichthum des Gehirns war gering, der der weichen Hirnhaut mässig. Die Lungen waren an den abhängigen Stellen serös infiltrirt; in den unteren Lappen waren einzelne luftleere, blaurothe, eingesunken erscheinende Stellen. Die Bronchialschleimhaut war geröthet und mit purulentem Schleim bedeckt. Das Herz war schlaff, die Musculatur blass; in der rechten Hälfte waren einige gelbe, durchscheinende Fibringerinnsel. Die Leber war blass, von normalem Umfange, die Galle dunkel; die Milz blass, schlaff und mürbe. Die Nieren klein, vorzüglich die rechte; die Oberfläche glatt, die Capsel leicht abzustreifen, beide Substanzen waren blass, mit einzelnen Streifen angefüllter Capillaren; in dem Nierenbecken war purulenter Urin. — Der Uterus war wenig entwickelt, der Fundus etwas nach vorn gerichtet; die Ovarien

waren entwickelt und turgescirend, die Follikel theils mit Serum, theils mit in der Rückbildung begriffenen Blutextravasaten erfüllt. — Am Magen und Darmcanal waren keine bemerkenswerthen Veränderungen.

Eine heftige, aller Wahrscheinlichkeit nach urämische Eclampsie mit glücklichem Ausgange wurde bei einem 23jährigen Matrosen beobachtet.

Dieser Kranke, ein magerer blasser Mensch, mit leicht icterischer Färbung der Conjunctiva wurde am 15. Februar aufgenommen. Er schien etwas geistesschwach und gab nur eine sehr verwirrte Auskunft über den Beginn seiner Krankheit. Er wollte auf einer Reise in Africa zugleich mit mehreren Matrosen ein Klimafieber gehabt haben, bei welchem er mehrere Tage ohne Bewusstsein gewesen war. Seitdem hatte er öfter in Zwischenräumen an Unbesinnlichkeit und Gedächtnissschwäche gelitten. Er klagte jetzt über Leibschmerz und Tenesmus; der Leib war stark eingefallen, bei oberflächlicher Berührung sehr empfindlich, doch bei tiefem Drucke wenig schmerzhaft; die Dämpfung der Leber und der Milz erschien klein. Die Zunge war wenig belegt, der Puls ruhig und auffallend gespannt. Nach einem Clysma hatte er eine geringe, mit Blut gemischte Stuhlausleerung. Am 16. Abends wurde er von Convulsionen befallen, welche sich in rasch einander folgenden Anfällen wiederholten; in den Zwischenräumen tobte und schrie er, oder wälzte sich fortwährend im Bette herum. Dabei reagirte er auf Anreden gar nicht. Die Ausleerungen erfolgten unwillkührlich; der mittels des Catheters entleerte sparsame Urin enthielt viel Eiweiss, kein Blut, aber zahlreiche Exsudatcylinder von verschiedener Beschaffenheit. Der Puls war bald langsam, bald äusserst frequent, stets härtlich. Er erhielt wiederholte kalte Begiessungen und dann ein Vesicator über den ganzen, geschorenen Kopf; Arzeneien waren nicht beizubringen. Nach dem Vesicans erfolgten keine Convulsionen wieder, der Kranke lag aber ganz comatös; er hatte keine Stuhlausleerung und sonderte fast gar keinen Urin ab. Am 19. kehrte allmählich etwas Besinnung wieder, der Kranke schalt und fluchte mitunter. Die Diurese ward etwas reichlicher, Stuhlgang erfolgte dreimal unwillkührlich. Am 20. wurde das Sensorium freier, am 21. waren die Ausleerungen willkührlich, der Kranke war ganz vernünftig geworden und fing an sich zu erholen. Anfangs März wurde er von Variolois befallen, ohne dabei besonders krank zu sein. Später trat starker Durchfall ein, der sich indessen bald verlor. Der Eiweissgehalt des Urins war ganz verschwunden. Der Kranke blieb indessen mager und schwach, in seinem Wesen hatte er immer etwas Unfreies. Sein Appetit hatte sich stark entwickelt. Am 30. März forderte er seine Entlassung. Hydropische Anschwellungen hatten sich nicht gezeigt.

Pyelitis renalis in Folge von Nierensteinen wurde bei 1 weiblichen und 2 männlichen Leichen zufällig gefunden; die weibliche Kranke war eine alte Bewohnerin der Siechenstation, von den

Männern war einer an Cholera, der andere an Tuberculose gestorben. — Ferner fand sich die Pyelitis ohne Steine bei 2 Frauen von 82 und 83 Jahren.

Erweiterungen der Ureteren und der Nierenbecken kam viermal bei Carcinoma uteri vor, in Folge von Compression durch die Krebsinfiltration; einmal ward bei einer an Cholera verstorbenen Kranken das Nierenbecken und der Ureter der linken Seite durch Druck des von Menstrualblut ausgedehnten Uterus bei Verwachsung der Scheide ausgedehnt gefunden.

Keilförmige, muthmasslich embolische Heerde wurden gefunden bei Geschwüren der Sacralgegend, bei Meningitis spinalis, bei Herzfehlern und bei Lungentuberculose.

Tuberculose der Nieren und der Genitalorgane wurde bei drei Männern beobachtet.

An Bildungsfehlern wurden gefunden: Abnorme bewegliche Nieren bei 2 männl. und 3 weibl. Leichen (einmal während des Lebens erkannt) und zwar bei 1 männl. und 1 weibl. auf beiden Seiten, bei 1 männl. und 2 weibl. nur auf der rechten Seite. — Nur eine einzelne (sogen. unpaarige) Niere bei 3 männl. und 1 weibl., und eine aus zwei Nieren zusammen verschmolzene Hufeisenniere bei 1 männl. Leiche.

Blasencatarrh wurde bei 7 männl. und 2 weibl. Kranken behandelt: 2 männl. und 2 weibl., sämmtlich bejahrte Leute, starben.

Von Krankheiten der **Nebennieren** wurde einmal Carcinom in der Leiche einer 50jährigen Tagelöhnerin, welche an Choleratyphoid starb, gefunden. Die Muscatnuss-grosse, weissröthliche Geschwulst nahm die Stelle der rechten Nebenniere ein und bestand bei microscopischer Untersuchung aus Krebselementen. Eine anderweitige Krebsablagerung war nicht vorhanden; eben so wenig eine besondere Hautfärbung. — Bei einem an Tuberculose gestorbenen 50jährigen Manne wurden beide Nebennieren vergrössert und mit fester, käsiger Tuberkelmasse infiltrirt gefunden. Auch hier war keine Broncefärbung zugegen.

Diabetes.

Im Jahre 1859 kamen von dieser Krankheit drei Fälle ins Krankenhaus.

Ein 60jährige Polizeiwächters-Wittwe litt schon seit fünf Jahren an der Krankheit, welche allmählich und unbemerkt entstanden war. Sie

war aufs Aeusserste abgemagert, hatte Zeichen von Lungentuberculose und hydropische Anschwellung der Füsse. Die Urinmenge hatte seit Eintritt des Oedems sehr abgenommen und betrug zwischen 2000 und 3000 Ccm., bei einem spec. Gewicht von 1,025; der Urin enthielt ausser Zucker auch noch Eiweiss und die Section wies in den Nieren die Veränderungen des Morbus Brightii nach.

Ein 29jähriger Töpfergesell, am 14. Juni aufgenommen, von anämischem, abgemagerten Aussehen, war nach einem vor zwei Jahren überstandenen Typhus, bleich und angegriffen geblieben; die Mattigkeit hatte allmählich in immer höherem Grade zugenommen. Da keine erheblichen Krankheitssymptome nachzuweisen waren, so blieb die Diagnose anfangs unbestimmt, bis am dritten Tage das Diabetes entdeckt wurde. Der Kranke hatte selbst keine Ahnung von dieser Krankheit und war ausser Stande über Beginn und Dauer etwas Genaueres anzugeben. Das specifische Gewicht des Urins betrug 1,042, die tägliche Menge schwankte zwischen 3000 und 5000 Ccm. Später bildete sich deutlich Lungen- und Darmtuberculose aus, der Appetit verlor sich und die Abmagerung ward enorm. Er reiste in diesem Zustande nach Hause. Im Anfange seines Aufenthalts wurde eine Cur mit Carlsbader Wasser bei ihm versucht, doch ohne eine irgend wesentliche, günstige Wirkung.

Ein 47jähriger Arbeitsmann, früher Kutscher, von grossem, kräftigen Körperbau, hatte seit etwa 10 Wochen vor seiner Aufnahme eine zunehmende Abmagerung und Schwäche bemerkt. Die Harnmenge schwankte zwischen 6900 und 10,500 Ccm.; das spec. Gewicht war anfangs 1,029, stieg aber später auf 1,035. Bei reichlicher Fleischdiät, beim sechswöchentlichen Gebrauch des Carlsbader Wasser und später beim Gebrauch von Leberthran besserte sich die Ernährung etwas, die Harnmenge und der Zuckergehalt wurden indessen wenig verändert. Nach viermonatlichem Aufenthalte verliess er das Krankenhaus.

Krankheiten des Uterus.

Die Erscheinungen von Hyperästhesie des Uterus mit und ohne Blutungen kamen öfter vor, ohne irgend welche bemerkenswerthen Erscheinungen.

Krebs des Uterus wurde bei 10 Kranken beobachtet. In einem Falle, bei einer 56jährigen Korbmachers-Wittwe, war nur der Fundus ergriffen, das Collum aber frei; die Krebsgeschwulst ragte in die Beckenhöhle hinein und war nach der Höhle des Uterus hin ulcerirt. Es fand sich gleichzeitig eine nicht bedeutende Lungentuberculose. Die Schmerzen der Kranken waren so heftig, dass die Gabe des Morphium bis auf gr. xvj täglich gesteigert werden musste. — Einmal war die Blase gleichzeitig von Krebs ergriffen.

Vollständiger Verschluss der Scheide mit Zurückhaltung des Menstrualbluts war bei einem 20jährigen Dienstmädchen, welches an der Cholera starb, zugegen. Der Uterus bildete mit der Vagina eine kuglige, das Becken vollkommen ausfüllende Geschwulst, welche die Ausdehnung eines Uterus im vierten Schwangerschaftsmonate hatte. Sie war mit einem zähen, chocoladefarbenen Blutgerinnsel angefüllt. Die Vagina war unten vollständig verschlossen durch festes, narbiges Zellgewebe mit platten, netzförmigen Erhabenheiten. Der linke Ureter und das linke Nierenbecken waren ausgedehnt. Die Ovarien zeigten an der Oberfläche mehrere Narben.

Verwachsung der Vagina fast in ihrer ganzen Ausdehnug wurde bei einer 75jährigen Wittwe eines Polizeiofficianten gefunden; der Uterus war klein und enthielt, wie bei alten Frauen gewöhnlich, etwas blutigen Schleim und eine kleine polypöse Excrescenz, der Cervix war sehr verlängert und enthielt etwas glasigen Schleim. Die Urethra war weit, die Blasenschleimhaut ulcerirt. Die Kranke hatte längere Zeit an Incontinentia Urinae gelitten.

Ein Retroversio Uteri gravidi endete tödtlich. Leider war die Diagnose während des Lebens nicht gestellt.

Die Kranke, eine 43jährige Arbeitsmannsfrau, ward am 26. April mit der Diagnose Degeneratio Uteri ins Krankenhaus gebracht; die Dauer der Krankheit ward auf ein halbes Jahr angegeben. Sie war äusserst collabirt, hatte deutlich peritonitisches Exsudat und einen grossen rundlichen Tumor im Leibe; Urin und Koth gingen unwillkührlich ab. Der Zustand schien so hoffnungslos, dass von einer genaueren Untersuchung abgestanden wurde. Die starke rasselnde Respiration liess ein baldiges Ende vermuthen, doch erfolgte dies erst am Morgen des dritten Tages, nachdem kurz zuvor durch Abortus ein etwa dreimonatlicher Foetus entleert war. Es war missfarbiges Exsudat in der Bauchhöhle; die Harnblase war in ganz enormer Weise ausgedehnt, die Schleimhaut dunkel geröthet, mit fest anhaftendem, graugelben Exsudat bedeckt, ulcerirt, mit Eiterinfiltration der Wandungen. Der Uterus war nach hinten gesenkt und offenbar vor dem Abortus in dieser Lage in der Beckenhöhle längere Zeit eingekeilt gewesen. Bei dem Zustande der Harnblase und der vorhandenen jauchigen Peritonitis wäre freilich auch bei richtiger Diagnose wohl schwerlich ein therapeutischer Eingriff von Erfolg gewesen. — Im Jahre 1857 kam im Krankenhause ein ähnlicher Fall vor, wurde aber gleich richtig diagnosticirt und entsprechend behandelt. Zwölf Tage nach der Aufnahme erfolgte indessen Abortus und Tags darauf der Tod. Die Retroversio hatte 17 Tage gedauert. Die Todesursache war auch hier Peritonitis.

Hautkrankheiten.

Wegen Erysipelas wurden 15 männliche und 15 weibliche Kranke aufgenommen; von diesen starben ein männlicher Kranker von 83 Jahren an Erysipelas cruris mit Abscessbildung und eine 88jährige Frau, welche aber mehr den Folgen der Gesichts-Rose, einem starken Decubitus und einem Abscess am Arme erlag. Das Erysipelas befiel das Gesicht und den Kopf bei 12 männl. und 11 weibl., die Unterschenkel bei 1 männl. und 2 weibl., den Fuss bei 2 männl. und 2 weibl. Kranken.

Wandernde Rose, welche sich nicht, wie im Gesicht und den Extremitäten auf den gewöhnlichen Bezirk beschränkte, sondern auf den Rumpf und von diesem theilweise noch auf die Extremitäten überging, wurde bei 1 männl. und 2 weibl. Kranken beobachtet. Die Begrenzungen mit Höllenstein und Collodium wurden in diesen Fällen von der Rose überschritten.

In mehreren Fällen gingen dem Ausbruch der Hautaffection mehrtägige fieberhafte Vorboten vorher; in einem Falle, bei einem 28jährigen Bäckergesellen, gingen 18 Tage starke fieberhafte Symptome ohne bestimmteren Charakter dem Ausbruche der Gesichtsrose vorher und steigerten sich bis kurz vor demselben stetig. Die Rose selbst war dagegen nur von sehr geringem Fieber begleitet.

Von sonstigen Hautausschlägen ist nichts Bemerkenswerthes zu berichten, vielleicht mit Ausnahme eines Falles von Psoriasis bei einem 18jährigen Mädchen, wo ein ungemein schneller Erfolg von Tinct. Fowleri beobachtet wurde. Der Ausschlag hatte schon längere Zeit bestanden und wich nach vierwöchentlichem Gebrauch vollständig. Die Wirkung war schon in wenigen Tagen zu bemerken, hielt aber nur kurze Zeit an, denn nach weiteren vier Wochen kehrte die Kranke mit einem ebenso starken Ausschlage wieder.

Der Fall von chronischem Hautsclerem, dessen ich im vorigen Bericht erwähnte, wird von einem der Gehülfsärzte des Krankenhauses an einem anderen Orte besonders beschrieben werden.

Druck von Pontt & von Dohren in Hamburg.

	Pneumonia		Pleuritis		Catarrh. pulm.		[illegible]
	n.	w.	m.	w.	m.	w.	m.
Jan	5	1	5	1	23	5	2
Feb	5	2	6	2	17	2	—
Mä	4	1	1	1	10	—	7
Ap	7	1	3	—	4	3	9
Mai	0	1	2	—	8	3	15
Jun	8	—	3	1	8	—	23
Jul	4	—	—	1	9	—	17
Au	5	—	6	1	13	1	22
Se	6	—	6	1	11	—	22
Oct	—	3	2	3	11	—	8
No	7	2	3	2	10	3	4
De	5	2	3	—	15	—	2
	66	13	40	13	139	17	131

¹)